UNIVERSITE DE PARIS VII

196

FACULTE DE MEDECINE LARIBOISIERE - SAINT-LOUIS

ANNÉE 1974 No

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLÔME D'ETAT)

PAR

GALLARD PIERRE - YVES

NÉ LE 11 NOVEMBRE 1943

À JOIGNY (89)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

ASPECTS MEDICAUX ET CONSEQUENCES JURIDIQUES DES COMPLICATIONS ACCIDENTS ET INCIDENTS DE LA CHIRURGIE VISCERALE

PRÉSIDENT : M. P. ABOULKER, PROFESSEUR

UNIVERSITE DE PARIS VII

FACULTE DE MEDECINE LARIBOISIERE - SAINT-LOUIS

Année 1974 No

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

GALLARD Pierre - Yves

né le 11 Novembre 1943

à Joigny (89)

Présentée et soutenue publiquement le

ASPECTS MEDICAUX ET CONSEQUENCES JURIDIQUES DES COMPLICATIONS ACCIDENTS ET INCIDENTS DE LA CHIRURGIE VISCERALE

Président : M. P. ABOULKER, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MA FEMME

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549228_0008

A MES PARENTS

ET A MES BEAUX-PARENTS

EN TÉMOIGNAGE DE MA RECONNAISSANCE

ET DE MON AFFECTION

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON ONCLE, LE DR R. HUSSON

QUI ME GUIDA AU COURS DE MES ÉTUDES MÉDICALES

ET ME PROPOSA CE SUJET DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ABOULKER

QU'IL TROUVE ICI LE TÉMOIGNAGE DE

NOTRE RESPECTUEUSE RECONNAISSANCE

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX.

MESSIEURS LES PROFESSEURS, PROFESSEURS AGREGES

ET DOCTEURS

DANS L'EXTERNAT :

. CHIGOT
. RICHET
. MILLIEZ
. CHOUBRAC

DANS L'INTERNAT :

. DIONIS DU SEJOUR
. DUBOST
. HOUDARD - BOURY
. HUGUIER
. ROBERT
. STEG - ARVIS
. EDELMANN - BOUTELIER
. MERCADIER - GARNIER - CLOT

PLAN D'ETUDE

- INTRODUCTION

- BASE ACTUELLE DE LA RESPONSABILITE MEDICALE

- PRESENTATION DU MATERIEL D'ETUDE

- ASPECTS MEDICAUX

- CONSEQUENCES JURIDIQUES ET CONTENTIEUSES

- CONCLUSION

INTRODUCTION

La responsabilité professionnelle du chirurgien est de plus en plus souvent mise en cause par ses malades et leurs systèmes de couverture sociale.

Le risque chirurgical est et sera de plus en plus lourd pour les Compagnies d'Assurance dans les années à venir, donc plus lourd également pour le chirurgien.

Mais surtout, ce problème de responsabilité est susceptible de peser de tout son poids et d'influencer le sens du dialogue intime qui doit exister entre le chirurgien et son patient.

Nous ne sommes pas en effet dans le domaine de l'exceptionnel, du fait divers, mais bien au contraire dans celui du quotidien.

Il n'est pas question de dire que tout chirurgien qui commence à exercer en 1974 subira l'épreuve du tribunal correctionnel, mais tout simplement d'envisager que de très nombreuses fois la conscience professionnelle du chirurgien sera discutée, la confiance du malade non pas aveugle, mais critique.

Le chirurgien choisit la solution la plus sage, la plus probable. Mais surtout en esprit, il assume le pire. Si le pire se produit malgré ses précautions, ses audaces, et cela par hasard, par le concours des circonstances, par la faute des exécutants, voire par une erreur de son jugement, le chirurgien a perdu une bataille.

Ce sont ces batailles perdues qui nous intéressent, car elles engagent la responsabilité de conscience individuelle du chirurgien; c'est la seule qui compte, la seule qui marque, la plus grave, mais elles engagent également sa responsabilité sociale qui est une intervention des hommes pour atténuer le mal en le portant au compte de la faute.

Ces batailles perdues de l'Acte humain relèvent de deux principes :

- l'un qui subsiste dans la conscience, difficilement explorable du dehors,
- l'autre qui se mêle à l'histoire et à ses accidents, que l'on peut déchiffrer.

Ainsi nous a-t-il paru intéressant de relater l'histoire et d'analyser les accidents de ces batailles du chirurgien.

BASE ACTUELLE DE LA RESPONSABILITE MEDICALE

Nous allons rappeler ce que le malade est en droit de trouver auprès de son médecin ou de son chirurgien.

LES DROITS DU MALADE

Le malade peut retenir la responsabilité de ses médecins sur le fondement d'une faute qui peut être :

- soit une infraction à la loi pénale (coups et blessures, homicide par imprudence),
- soit l'inéxécution d'une obligation résultant du contrat de soins.

D'après la formule célèbre de la Cour de cassation de 1936 : " le médecin doit au futur opéré des soins non pas quelconques, mais attentifs, consciencieux et, sous réserve de circonstances exceptionnelles, conformes aux données actuelles de la science ".

C'est ce contrat tacite qui se forme, selon notre droit, entre médecin et malade. Il est ouvert juridiquement dès que le malade vient au cabinet du médecin ou l'appelle à son domicile. Il admet implicitement qu'il existe une obligation de moyen et non de résultat.

Entre également dans le contrat de soins, et ceci de manière constante depuis 1955, le devoir d'information du malade. Ainsi, avant d'entreprendre ou de procéder à une intervention chirurgicale, le médecin est tenu - hors le cas de nécessité - d'obtenir le consentement libre et éclairé du malade ou, dans le cas où il serait hors d'état de le donner, celui des personnes qui sont investies à son égard d'une autorité légale ou que leurs liens de parenté désignent comme des protecteurs naturels.

Ainsi se trouve définie ce que l'on appelle la responsabilité contractuelle du chirurgien (1).

Pour que le chirurgien soit rendu responsable d'un dommage ou d'un préjudice, il faut :

. Qu'il y ait une faute (non pas quelconque mais traduisant une méconnaissance certaine de ses devoirs);

. De plus doit exister entre la faute et le préjudice un lien de causalité.

Il est de jurisprudence constante que c'est au malade d'apporter la preuve de la faute.

(1) Lorsque la responsabilité du chirurgien est retenue sur le fondement d'une faute pénale, ce sera la responsabilité délictuelle qui sera mise en jeu.

MATERIEL D'ETUDE

Nous avons limité notre sujet en excluant les affaires concernant la chirurgie orthopédique et la chirurgie esthétique.

Les autres affaires, celles que nous avons étudiées, recouvrent assez bien ce que nous appellerons la chirurgie viscérale.

Pour cela nous avons interrogé les seuls documents qui existent, à savoir les dossiers d'une Compagnie d'assurance spécialisée dans la couverture du risque médical.
Sur une période de dix ans, allant de 1963 à 1973, nous avons ainsi réuni 333 dossiers
Leur importance et leur intérêt sont très inégaux, mais une vue d'ensemble de ce problème de responsabilité du chirurgien viscéral nous a paru souhaitable.

Très schématiquement il est deux types d'affaires :

A) Celles où le chirurgien ne fait que réclamer un conseil, car la qualité de ses soins risque d'être mise en cause : 71 dossiers. Nous verrons que ces affaires demeurent le plus souvent sans suite.

B) Celles où le chirurgien sollicite auprès de son assurance un appui car la malade ou son entourage demande réparation d'un préjudice souvent imprécis, assorti de reproches plus ou moins bien formulés : 262 dossiers.

Sur nos 333 dossiers, 112 sont encore clos du point de vue des conséquences juridiques, mais les éléments médicaux sont déja utilisables.

I - DATE DU " SINISTRE "

Cette date correspond le plus souvent à la date de l'intervention incriminée.

1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973
17	23	33	31	38	23	37	33	43	21	18

Ces chiffres montrent une progression constante du nombre des affaires. Il n'est pas possible de retenir les derniers chiffres, en particulier ceux de 1972 et de 1973 car un grand nombre de malades n'a vraisemblablement pas encore réclamé. On peut cependant noter que le chiffre de 1973 a déja dépassé celui de 1963.

Nous pensons pouvoir dire qu'en dix ans, le nombre des affaires où la responsabilité du chirurgien viscéral est en cause a quadruplé.

Sans aller jusqu'à préciser la date du sinistre par rapport aux vacances du chirurgien, ou le jour de la semaine par rapport aux jours fériés, nous n'avons trouvé aucune différence significative de la date des sinistres par rapport au mois de l'année.

II - DATE DE LA DECLARATION DU " SINISTRE " PAR LE CHIRURGIEN PAR RAPPORT A LA DATE DU " SINISTRE" LUI-MEME

Ceci permet de juger de la latence qui existe entre l'intervention et la réclamation du malade, compte tenu que le chirurgien doit faire le plus rapidement possible une déclaration à sa Compagnie.

Nous pensons devoir signaler à ce propos qu'un retard trop important de cette déclaration permet théoriquement à la Compagnie d'Assurance du chirurgien de lui refuser son soutien.

Mis à part ces cas exceptionnels (1 seul cas dans notre série, mais l'affaire fut sans suite pour le chirurgien) nous avons relevé les chiffres suivants :

- latence de 15 jours : 60 dossiers
- entre 15 jours et 1 mois : 26 dossiers
- entre 1 mois et 6 mois : 101 dossiers
- entre 6 mois et 3 ans : 113 dossiers
- supérieure à 3 ans : 23 dossiers

Dans quatre cas cette latence est supérieure à dix ans.

. 16 ans pour une compresse oubliée au cours du traitement chirurgical d'une péritonite appendiculaire. Réclamation sans suite.

. 25 ans pour une aiguille droite. Débouté de la malade.

. 16 ans et 27 ans pour deux cures de retroversion utérine (hystéropexie corporeale), sans suite et jugement déboutant la malade de sa demande.

III - PERSONNES AYANT FAIT LA DECLARATION

Nous avons retenu :

. 23 déclarations faites par des cliniques, car elles concernaient un acte de chirurgie viscérale et que le chirurgien avait fait une déclaration séparée à sa Compagnie.

. 41 déclarations par des anesthésistes, conjointement avec le chirurgien, ou par un gynéco-obstétricien.

. 292 déclarations par un chirurgien.

IV - LE CHIRURGIEN

Lieu d'exercice du chirurgien :

. 61 dans une ville de moins de 20 000 habitants;
. 88 dans une ville entre 20 000 et 70 000 habitants;
. 68 dans une ville entre 70 000 et 300 000 habitants;
. 19 dans une ville de plus de 300 000 habitants;
. 77 dans la région parisienne.

Si on met à part les 77 dossiers parisiens, les autres se répartissent ainsi :

Nord	Sud-Est	Est	Ouest	Sud-Ouest	Centre
50	39	25	38	36	40

Plus 7 affaires dans les Territoires et Départements d'Outre-Mer.

Les conditions d'exercice du chirurgien seraient certainement très intéressantes à préciser :

- importance et qualité de l'établissement de soins;
- existence éventuelle d'associés,

mais nous n'avons pu retrouver ces notions dans les dossiers.

Cependant l'intervention en cause s'est déroulée :

- 290 fois dans une clinique;
- 16 fois dans le service privé d'un hôpital ou en clinique ouverte;
- 27 fois dans le service public d'un hôpital.

Les litiges survenus dans un secteur public relèvent des tribunaux administratifs, mais :

- d'une part les poursuites pénales échappent à cette juridiction et le chirurgien, dans ce cas, bénéficie du soutien de sa Compagnie : 12 cas.

- d'autre part le chirurgien peut, par erreur, être assigné devant un tribunal civil. Dans ce cas, par l'intermédiaire de sa Compagnie, il demandera au Tribunal de grande instance de se déclarer incompétent. Ce dernier renvoie les deux parties devant les tribunaux administratifs si la faute n'est pas détachable du service : 15 cas.

Nous n'avons retrouvé aucune faute détachable du service.

V - TITRES, QUALITES ET ANCIENNETE D'EXERCICE DU CHIRURGIEN

Titres du chirurgien :

- 108 anciens internes des hôpitaux de Paris et/ou anciens chefs de clinique.
- 44 anciens internes et/ou anciens chefs des hôpitaux de Bordeaux - Lyon -

Marseille - Montpellier - Lille - Strasbourg.

. 70 titres divers.

10 % des chirurgiens en cause ont des fonctions et des responsabilités hospitalières importantes dans le cadre d'un centre universitaire.

Un nombre plus grand encore correspond à des chirurgiens que l'on trouve souvent sur les listes d'experts.

Qualités du chirurgien :

Nous retrouvons :

. 192 chirurgiens généralistes;
. 14 indiquent une spécialisation en chirurgie digestive;
. 31 indiquent une compétence urologique;
. 7 sont des chirurgiens vasculaires ou thoraciques;
. 48 sont des gynéco-obstétriciens.

Ancienneté d'exercice :

Anciennenté d'exercice des chirurgiens par rapport à la date de soutenance de leur thèse :

. 13 remplaçants;
. 30 dont l'ancienneté est de 0 à 5 ans;
. 55 dont l'ancienneté est de 5 à 10 ans;
. 50 dont l'ancienneté est de 10 à 15 ans;
. 41 dont l'ancienneté est de 15 à 20 ans;
. 135 qui comptent plus de 20 ans d'exercice.

Ce dernier chiffre correspond à plusieurs tranches d'ancienneté, mais il mérite tout de même d'être souligné.

VI - LE MALADE

Sexe : 40 % sont des hommes,
60 % sont des femmes

Cette différence notable s'explique en partie par le fait que la chirurgie gynéco-

obstétricale, comme nous le verrons, sera très souvent en cause, mais 48 % seulement des femmes mécontentes de leur chirurgien ont subi une intervention gynécologique.

Entre 20 et 40 ans, 71,5 % des malades mécontents des soins reçus sont des femmes.

Age du malade :

Tranche d'âge	0-10	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	+ 70
Nb de malades	20	26	57	66	61	39	27	6
Nb de femmes	12	8	40	48	37	16	11 ;	5
Décès	8	6	15	7	10	10	3	4

Nationalité :

12 malades n'étaient pas de nationalité française.

Profession ou situation sociale des malades :

Il nous semble nécessaire de signaler que les chirurgiens nous ont paru ignorer très souvent la profession ou la situation sociale de leur malade.

Tel chirurgien est dans l'ignorance que son opérée est la fille d'un haut magistrat.

Tel autre s'aperçoit que l'obèse, l'insuffisant respiratoire chronique qu'il a appendicectomisé il y a six jours et qui ne va pas bien, est le P. D. G. d'une très grosse entreprise.

Tel chirurgien des hôpitaux de Paris devant remplir le questionnaire adressé par sa Compagnie à la suite d'une réclamation, est incapable de préciser l'âge, la profession, la situation sociale de son malade. Il signale qu'il n'a pas l'habitude de faire subir à ses malades une enquête policière avant de les opérer.

D'une certaine manière ils ont raison car il n'y a qu'une sorte de médecine, d'une autre ils ont tort car le type de la relation avec le malade et son entourage ne peut pas être le même.

Ainsi :

. 43 malades, soit presque 15 % appartenaient au milieu médical ou juridique;

. 23 appartenaient à des milieux très aisés;

. 23 au milieu rural ou à l'enseignement.

. Soit un malade sur quatre qui aurait mérité de la part de son chirurgien un certain nombre de précautions psychologiques à divers titres.

. 203 malades étaient mariés, dont 114 avaient des enfants.

. Seulement 9 malades avaient déja consulté ces mêmes chirurgiens pour une autre affection. Ils étaient tous satisfaits de cette première intervention.

Nous avons essayé de noter le nombre des malades qui n'étaient pas assurés sociaux, obtenant ainsi un chiffre supérieur à 50 % ce qui est trop important et manifestement inexact, mais source de réflexion.

Pour ce qui est des antécédents pathologiques :

. 12 malades avaient des antécédents psychiatriques notables;

. 36 présentaient un terrain chirurgical très défavorable en raison d'une grande obésité, d'un éthylisme important ou d'une tare viscérale préoccupante.

ASPECTS MEDICAUX

1ère Partie

ASPECTS MEDICAUX

---

2 Etudes distinctes

1 - Une étude séparée des affaires correspondant (Groupe I) :

- aux accidents du bistouri électrique (B. E.)
- aux corps étrangers (Textile CET. Metalliques CEM)
- aux arrêts cardiaques survenus en salle d'opération (AC)
- aux incidents extra-médicaux survenus pendant la période post-opératoire correspondant au séjour dans la clinique (I. E. M.)

Cet ensemble regroupe plus des 2/3 de nos dossiers

2 - Une étude par appareil des autres dossiers (Groupe II)

C'est par ce deuxième groupe que nous commencerons, avec successivement la chirurgie :

1 - de l'appareil digestif

2 - de la paroi abdominale

3 - de l'appareil génital féminin

4 et 5 - des appareils urinaire et génital masculin

6 - des vaisseaux périphériques dominés par les varices des membres inférieurs

7 - de la glande mammaire

.../...

8 - de la glande thyroïde

9 - la chirurgie d'exérèse des kystes, adénopathies ou tumeurs latero-cervicales.

10 et 11 - enfin nous citerons quelques affaires peu nombreuses concernant :

- la chirurgie thoracique
- les brûlures étendues
- la chirurgie infantile

En tête de ces 11 chapitres nous présenterons un tableau ou seront notés dans deux colonnes différentes les dossiers du groupe I et II.

Ces tableaux seront conçus de la manière suivante :

BE : Accidents lors de l'utilisation du bistouri électrique

CEM: Corps étranger métallique

CET: Corps étranger textile

AC : Arrêt cardiaque en salle d'opération

IEM: Incident extra médical survenu en période post-opératoire pendant le séjour à la clinique

CNT: Complication neurologique en rapport avec une mauvaise installation du malade sur la table d'opération

3 - Enfin une étude synthétique reprenant :

- les principales complications - les principaux accidents ou incidents rencontrés;

- l'importance des séquelles

- les causes des décès lorsqu'elles sont connues

- les reproches formulés par les experts à l'encontre des chirurgiens.

ETUDE PAR APPAREIL DES AFFAIRES DU GROUPE II

CHIRURGIE DE L'APPAREIL DIGESTIF

PRESENTATION DES AFFAIRES CONCERNANT LA CHIRURGIE

DE L'APPAREIL DIGESTIF

CHIRURGIE DE L'APPAREIL DIGESTIF : 105			
GROUPE I		GROUPE II	
B. E.	9	Appendice	23
C. E. M.	7	Voies biliaires	8
C. E. T.	13	Estomac	6
Cpl. neuro. table	10	Pancréas	2
A. C.	2	Intestin grêle	2
I. E. M.	5	Colon et rectum	1
DIVERS	8	Laparotomie exploratrice	4
		Plaies et contusions abdomen	2
		Anus	1
		CE déglutis	2
TOTAL	54	TOTAL	51

CHIRURGIE DE L'APPENDICE : 43		
GROUPE I		GROUPE II
B. E.	1	
C. E. M.	2	
C. E. T.	6	
Cpl. Neur. table	3	23
A. C.	2	
I. E. M.	2	
DIVERS	4	
TOTAL	20	23

CHIRURGIE DE L'APPENDICE

Les 22 dossiers que nous allons étudier correspondent à des appendicectomies pratiquées avec le diagnostic affirmé ou présumé d'appendicite.

Ils se répartissent ainsi :

Péritonites post-opératoire : 5
Occlusion post-opératoire : 5
Hémopéritoine secondaire : 2
Collection du cul de sac de Douglas : 2
Suppuration pariétale : 1
Complication urinaire : 1
Complication vasculaire : 1
Complication neurologique centrale : 1
Trouble psychiatrique post-opératoire : 1
Conjonctivite post-opératoire : 1

Les péritonites après appendicectomie :

Nous avons : 5 hommes avec une moyenne d'âge de 23 ans (minimum 8 ans, maximum 56 ans) sans antécédents médicaux particuliers.

Les 5 appendicites étaient franchement pathologiques

2 fois il s'agissait d'appendicite " gangreneuse " d'après l'opérateur. Elles furent toutes deux drainées.

Des antibiotiques ne furent prescrits qu'une seule fois et en post-opératoire.

Ces 5 malades sont décédés entre le 4ème et le 6ème jour post-opératoire.

sanguin, d'hématocrite, de cliché pulmonaire et d'abdomen sans préparation.

Ils reprochent aussi au chirurgien :

- une surveillance superficielle du malade;
- de ne pas avoir assuré la mise en place d'une aspiration gastrique qu'il avait prescrite avec retard;
- d'avoir participé à l'absence de prescription d'examen.

Ces mêmes experts reconnaissent également que la responsabilité du médecin anesthésiste était engagée in solidum du fait que ce dernier avait la charge de la réanimation.

2) Jeune homme de 23 ans. Appendicectomie en urgence avec drainage pour appendicite " gangreneuse " retro-cæcale. Décès brusque au 4ème jour. Autopsie médico-légale. Assignation du chirurgien. Dommages intérêts (DI) versés à la famille : 45. 000 francs.

Les experts reprocheront au chirurgien :

- " d'avoir laissé dans l'abdomen l'extrémité de l'appendice non ligaturée "
- et une surveillance post-opératoire insuffisante.

Les trois autres affaires furent sans suite pour le chirurgien malgré deux plaintes devant le juge d'instruction.

- Chocs septiques méconnus par insuffisance de surveillance post-opératoire ou réintervention hâtive sans les soins pré-opératoires indispensables (aspiration digestive - rééquilibration hydro-électrolytique - antibiothérapie efficace - éventuellement transfusion) apparaissent comme les principaux reproches que l'on puisse faire au sujet de ces cinq affaires pénibles.

Les occlusions après appendicectomie (5) :

Voir tableau P

Elles concernent :

- 2 hommes pour 3 femmes avec une moyenne d'âge de 18 ans (minimum 8 ans maximum 25 ans).

- 2 appendicites aiguës pour 3 subaiguës

Il a été observé :

. 1 occlusion tardive (1 mois 1/2) sur bride avec fistule secondaire du grêle terminal. La guérison sera obtenue par un deuxième chirurgien au prix d'une hernicolectomie droite. Assignation du premier chirurgien. Renvoi devant le tribunal administratif.

. 4 occlusions post-opératoires précoces.

- les premiers signes apparaissent vers les 3ème et 5ème jours.

- la réintervention a lieu entre le 6ème et le 11ème jour.
3 fois il s'agissait d'un volvulus du grêle terminal à partir d'une adhérence sur le méso-appendice avec vitalité douteuse du pied de l'anse voire perforation du grêle à ce niveau. 1 fois aucune cause ne fut retrouvée.

- nous avons 3 décès soit en fin d'intervention, soit dans les heures qui suivirent le réveil, et une fistule du grêle terminal dont la guérison fut obtenue au bout de six mois.

Les experts furent amenés à donner leur avis deux fois :

- Conclusion favorable pour le chirurgien qui avait fait l'appendicectomie. L'enfant était sorti de la clinique contre avis médical et avait été réopéré le jour même par un autre chirurgien (décès en fin d'intervention). Par contre les experts reprochaient au deuxième opérateur sa réintervention sans réanimation et l'imprécision de son compte rendu opératoire.

- Une autre fois ils déposeront un rapport favorable au chirurgien mais regretteront l'absence de document radiographique (abdomen sans préparation) avant la réintervention.

Etant donné qu'il s'agit de sujets jeunes on peut s'étonner de l'heure du décès par rapport à la réintervention (pendant la réintervention elle-même ou dans les heures qui suivirent) et en rechercher l'origine, là encore, dans un geste chirurgical précipité en l'absence de réanimation correcte.

Il est étonnant de constater que dans aucun des dossiers que nous venons de voir on ne peut retrouver la trace d'un ionogramme sanguin pré-opératoire. Une seule fois il fut fait, mais en salle d'opération.

Lâchage du méso-appendice (2)

. L' un prenant le masque d'une occlusion. Réintervention avec ce diagnostic au 7ème jour. Le chirurgien découvre un volumineux hématome du méso-colon droit avec hémopéritoine. Syndrome de Mendelson au réveil et décès après transfert en milieu spécialisé. Plainte contre X mais abandon précoce de la procédure.

. L'autre découvert lors de l'autopsie d'un jeune enfant trouvé mort dans son lit par un parent trois heures après l'appendicectomie. Les experts reprochent surtout à l'infirmière un défaut de surveillance. Affaire pénale où la responsabilité de la clinique devrait se trouver engagée.

Décès post-opératoire inexpliqué (3)

1) Mort subite au 3ème jour chez un homme de 56 ans hypertendu ayant fait deux ans auparavant un accident vasculaire cérébral. Le chirurgien fait une déclaration à son assurance car la famille est très menaçante. Sans suite un an plus tard.

2 décès : 3/4 d'heure et 6 heures après appendicectomie chez des sujets jeunes dont la surveillance fut imparfaite; une seule réclamation et elle sera sans suite.

Les deux derniers dossiers qui méritent d'être cités concernent :

Une cystectomie presque totale

avec ligature en masse de l'urêtre et des deux uretères chez une petite fille. Le chirurgien avait cru extirper un volumineux kyste du ligament large. Ce dernier sera condamné en 1ère instance au civil à verser 200. 000 francs de dommages et intérêts.

Une ligature de la veine illiaque et une plaie latérale suturée de l'artère homologue

au cours de l'exérèse d'un appendice en position pelvienne par un jeune remplaçant. L'entourage familial ayant été très scrupuleusement mis au courant, le chirurgien préfère prévenir son assurance.

Sans suite un an après.

CHIRURGIE DES VOIES BILIAIRES

CHIRURGIE DES VOIES BILIAIRES : 25		
	GROUPE I	GROUPE II
B. E.	4	
C. E. M.	2	
C. E. T.	3	
Cpl. Neur. Table	7	8
A. C.	0	
I. E. M.	1	
DIVERS	0	
TOTAL	17	8

CHIRURGIE DES VOIES BILIAIRES

Les huit complications de la **CHIRURGIE BILIAIRE** que nous avons pu relever sont très diverses :

1 lithiase résiduelle

1 plaie de la voie biliaire principale

1 péritonite biliaire

1 hémorragie secondaire

2 décès post-opératoires inexpliqués

2 embolies pulmonaires mortelles

Lithiase résiduelle :

Homme de 41 ans opéré pour une lithiase du cholédoque - Cholécystectomie - Cholédécotomie pour extraire " quelques calculs " de la voie biliaire principale. Il semble que la cholangiographie per-opératoire ne fut faite qu'en fin d'intervention en utilisant le drain de Kehr.

Trois semaines plus tard la cholangiographie de contrôle par le Kehr révèle l'existence de deux calculs restants du cholédoque.

La méthode de Pribram utilisée semble réussir. Mais un mois et demi plus tard, apparition d'un ictère fébrile. La malade sera envoyée dans un service spécialisé. Malgré une reprise précoce elle va mourir dans un tableau d'angiocholite urémigène.

Plainte devant le juge d'instruction. En cours.

Plaie de la voie biliaire principale :

Plaie méconnue au cours d'une cholécystectomie difficile chez une femme de 51 ans, suivie de l'extériorisation d'une fistule biliaire. Cette malade sera adressée dans un service spécialisé. Après drainage externe simple des voies biliaires puis drainage interne par une anse en Y un an après, la malade va mourir

au cours d'un épisode d'angiocholite avec choc septique.

Plainte contre X
L'expertise est en cours

Quelle que soit l'évolution pénale de ces deux affaires et les critiques que l'on puisse formuler on est obligé de se demander comment s'est faite l'information de l'entourage du malade lors de ces réinterventions en milieu hospitalier.

Il n'est pas question de soulever le problème de l'attitude plus ou moins confraternelle d'un deuxième opérateur, ce qui peut exister aussi bien en milieu hospitalier qu'en clinique, mais d'évoquer plusieurs faits :

1) l'information de l'entourage, à l'hôpital, n'est pas toujours le fait de l'opérateur mais parfois d'un tiers plus ou moins bien informé des éléments du dossier et des conséquences que ses dires peuvent provoquer.

2) le chirurgien, s'il est souvent correctement informé au début, va perdre de vue son malade ce qui le mettra dans une position délicate si ce malade demande réparation d'un préjudice subi.

3) enfin lorsque le premier chirurgien est l'objet de poursuites, il ne nous a pas apparu comme évident que les chirurgiens étant réintervenus soient au courant.

Une péritonite biliaire :

Chez un homme de 48 ans, au 2ème jour d'une cholécystectomie pour cholécystite aiguë au cours de laquelle la cholangiographie découvre une fistule cholédoco-duodénale.

Il s'agissait d'un ulcère duodénal fistulisé dans la voie biliaire principale.

Le chirurgien estime préférable de disséquer cette fistule, ferme la brèche duodénale après résection de la zone ulcéreuse et met en place un drain de Kehr

au niveau de la brèche cholédocienne.

Reprise au deuxième jour par le même opérateur pour péritonite biliaire; une anse en Y sera ventousée sur la brèche cholédocienne. Collapsus irréversible dans la nuit.

Réclamation en cours pour insuffisance de surveillance post-opératoire.

Une hémorragie secondaire :

Quelques heures après une cholécystectomie laborieuse pour cholécystite aiguë.

L'organisation de l'établissement de soin était telle que ce jeune homme sera repris dans un état pré-agonique. Décès sur table.

La famille porte plainte pour homicide involontaire. Les experts retiennent contre le chirurgien :

. une intervention précipitée
. l'absence totale de préparation
. l'imprévision d'une transfusion sanguine

Ils considèrent que les responsabilités peuvent se partager de la manière suivante :

. 75 % pour le chirurgien
. 20 % pour l'anesthésiste
. 5 % pour le malade

Les médecins seront condamnés in solidum par le tribunal correctionnel en 1ère instance :

. 5 000 francs d'amende pour l'opérateur,
. 500 francs pour l'anesthésiste
. 114 000 francs de dommages-intérêts (D. I.).

Les juges ont repris les reproches des experts en y ajoutant ce qu'ils considèrent comme une faute très grave : " l'abandon de l'opéré dès la fin d'une intervention ". La responsabilité des médecins est indiscutable.

Deux décès quelques heures après une chirurgie biliaire comportant un geste sur la voie biliaire principale :

1) Décès d'une femme de 50 ans (ayant déja fait trois poussées d'angiocholite sévère en deux ans) quelques heures après une sphinctérotomie et la mise en place d'un drain de Kehr pour lithiase du cholédoque.

Le décès restera inexpliqué (collapsus irréversible). Sur l'assignation du chirurgien les experts vont déposer un rapport ne contenant aucun reproche vis-à-vis du chirurgien. Les juges du tribunal de grande instance déboutent l'entourage de la malade de sa demande.

2) Dans l'autre affaire il s'agit d'un défaut de surveillance post-opératoire manifeste qui met en ca se uniquement la responsabilité de l'anesthésiste (la malade est remontée insuffisamment réveillée dans sa chambre). Le chirurgien sera cependant entendu comme témoin par le juge d'instruction car une plainte contre X a été déposée. Affaire sans suite pour le chirurgien.

Enfin deux embolies pulmonaires mortelles :

L'une de forme " médico-légale " chez une jeune femme de 26 ans au 15ème jour d'une cholécystectomie simple. Plainte contre X. En cours.

Il faut tout de même noter que sortie de la clinique le 8ème jour elle avait été réadmise en observation le 13ème jour pour des douleurs de l'hypocondre droit avec une tachycardie à 120, et une discrète gêne respiratoire ....

L'autre le lendemain d'une reprise pour collection sous-hépatique droite après une cholécystectomie chez une femme de 71 ans.

Le Conseil de l'Ordre saisi de cette affaire ne retrouve aucune faute " déontologique ".

La chirurgie des voies biliaires dans le cadre de notre étude est largement dominée par les affaires du groupe I (bistouri électrique - corps étranger métallique -

corps étranger textile . . .) surtout par les complications neurologiques périphériques en rapport avec l'installation du malade sur la table d'opération.

Certaines des affaires que nous venons de voir correspondent à des complications qui auraient pu être prévenues à l'avance; qu'elles soient en rapport avec la préparation pré-opératoire, la technique opératoire ou avec une affection en rapport ou non avec la maladie biliaire elles doivent pouvoir être évitées.

Un diagnostic précis et exact, une bonne préparation pré-opératoire, une grande attention au détail et au soin de la technique chirurgicale traduite dans le compte rendu opératoire, une surveillance post-opératoire précoce et adaptée seront les meilleurs arguments du chirurgien en cas de complications imprévisibles et lorsque sa responsabilité sera engagée.

CHIRURGIE DE L'ESTOMAC

CHIRURGIE DE L'ESTOMAC : 8			
GROUPE I		GROUPE II	
B. E.	0	4	
C. E. M.	2		
C. E. T.	1	Associations lésionnelles	2
C. N. T.	0		
A. C.	0	Contusions de la rate	2
I. E. M.	0		
DIVERS	1		
TOTAL	4	TOTAL	4

CHIRURGIE DE L'ESTOMAC

Nous avons sélectionné 4 affaires :

. 2 correspondent à des erreurs de diagnostic en rapport avec
. une association lésionnelle;

. 2 à un traumatisme per-opératoire de la rate.

Diagnostic imprécis ou inexact (2)

1) Diagnostic imprécis :

Nous avons déja vu ce dossier dans le chapitre précédent. Il s'agissait d'une cholécystite lithiasique vraie mais au cours de l'intervention le chirurgien découvre un ulcère du duodénum fistulisé dans la voie biliaire principale.

On peut regretter, chez ce malade, l'absence de transit gastro-duodénal car, dix ans auparavant, il avait subi une vagotomie pour ulcère du duodénum.

Un bilan gastrique aurait permis de prévoir d'éventuelles difficultés opératoires et de mettre l'entourage du malade au courant.

Le rapport des experts sera pourtant favorable.

(voir page 28 : une peritonite biliaire)

2) Diagnostic inexact :

Homme de 50 ans admis en clinique pour une symptomatologie évoquant une colique néphrétique droite : hématurie minime mais indiscutable, troubles nets du transit dispositif, hyperleucocytose à 15 000.

2ème jour : une urographie montre un rein droit muet.

4ème jour : cytoscopie et montée d'une sonde urétérale qui ne rencontre aucun obstacle et ramène quelques cc d'urine sanglante. Orifice urétéral droit œdématie.

5ème jour : aggravation de l'état général;
augmentation de l'azotémie;
Désordres hydro électrolytiques importants. Le malade sera transféré

Ce malade, traité médicalement pour un ulcère duodénal quelques années auparavant avait en réalité perforé et bouché son ulcère dans le foie.

Cette lésion, méconnue pendant quatre jours, eut des conséquences catastrophiques. Malgré une laparotomie pour drainage de la collection sous hépatique et suture de l'ulcère, ce malade fait plusieurs hématémèses en rapport avec des ulcères aigus et mourut malgré deux réinterventions.

Dans ces deux cas il est vraisemblable qu'un transit gastro-duodénal (avec des produits opaques hydrosolubles) sur la notion d'antécédents ulcéreux aurait permis de corriger un diagnostic en partie incomplet.

Ces associations morbides sont parfois imprévisibles mais dans certains cas leur méconnaissance peut ne pas être exempte de critique et expliquer le mécontentement du malade ou de son entourage; l'erreur de diagnostic étant difficilement admise surtout lorsqu'elle s'inscrit plus ou moins nettement dans les antécédents.

Dans ces deux affaires des réclamations furent formulées auprès du chirurgien. Elles demeurèrent sans suite. Supposons que la justice soit saisie de ces deux affaires : les experts et les juges auraient eu à régler deux problèmes délicats :

1) Celui de l'existence éventuelle d'une faute.

Si le fait de ne pas avoir pris en considération les antécédents ulcéreux peut être considéré comme une négligence, l'existence d'une association lésionnelle trompeuse doit pouvoir atténuer cette faute.

2) Celui de l'existence éventuelle d'un lien de causalité entre cette " faute " et le dommage mortel.

Personne ne peut affirmer que si le diagnostic lésionnel exact avait été fait en pré-opératoire dans le premier cas, 48 heures plus tôt dans le deuxième cas, l'évolution n'aurait pas été la même.

Si on ne peut nier l'existence d'un lien entre la méconnaissance du diagnostic et la mort il ne peut s'agir que d'une perte de chance de survie.

Ainsi nous pensons qu'une juste réparation du préjudice, dans le cadre d'une prise en considération de la responsabilité du chirurgien devrait nuancer les deux premiers termes de l'équation suivante :

$$\underset{1}{\text{Faute}} + \underset{2}{\text{lieu de causalité}} = \text{réparation totale du préjudice}$$

et ne déboucher que sur une réparation partielle du dommage, la différence entre la réparation totale et la réparation partielle ne pouvant être, en toute logique, à la charge du chirurgien et de son assurance.

Traumatisme per-opératoire de la rate (2)

Enlever une rate saine mais traumatisée au cours de la chirurgie sus-mésocolique n'est pas un geste anodin, ne serait-ce que parce qu'il faut drainer l'hypocondre gauche. Si cette splénectomie correspond parfois à une maladresse, dans d'autres cas elle est presque impossible à éviter.

1) Gastrectomie chez un éthylique de 38 ans pour ulcère duodénal.

En per-opératoire " un suintement hémorragique au niveau d'une incisure splénique " va nécessiter une splénectomie d'hémostase après un " débridement latéral ".

On ne sait pas si l'exploration abdominale a noté des signes d'hypertension portale; le chirurgien n'a pas fait de biopsie hépatique.

Les suites opératoires furent marquées par :

- une suppuration pariétale importante avec éventration secondaire;
- une hyperleucocytose du fait de la splénectomie.

Le malade se contente de réclamer.

L'expert (dans le cadre d'une expertise amiable) va conclure que :

- la splénectomie était un geste chirurgical regrettable qui n'était pas nécessaire;
- il retient une insuffisance de précaution per-opératoire chez cet éthylique;
- admet que le débridement latéral a favorisé la splénectomie.

Il faut souligner qu'il s'agit d'une expertise amiable et non judiciaire devant servir à une transaction amiable. L'expert n'avait pas de mission ordonnée par les juges. L'assurance du chirurgien, dans le cadre d'un règlement amiable, pouvait discuter l'importance des D. I.

Ces dommages et intérêts furent de 23 000 francs (1966), l'expert ayant admis une I. P. P. de 12 %.

2) Gastrectomie des 2/3 chez un homme de 44 ans sans antécédent notable, pour ulcère juxta-pylorique sténosant.

Au 4ème jour le chirurgien réintervient suspectant une péritonite; il découvre un hémopéritoine.

On ne sait pas si la cause exacte était une plaie splénique ou le lâchage de l'hémostase d'un vaisseau court splénique. Quoi qu'il en soit le chirurgien préfère faire une splénectomie.

Le malade l'assigne pour maladresse per-opératoire.

L'expert nommé (dans le cadre cette fois-ci d'une expertise judiciaire) dira dans son rapport que " si certains aspects des techniques chirurgicales utilisées par le chirurgien pouvaient donner lieu à discussion entre spécialistes, il n'y a cependant pas de faute professionnelle.

Le jugement est en cours mais d'ores et déja on peut considérer que le malade sera débouté de sa demande.

Nous voudrions souligner trois faits :

1) que l'indemnisation d'une splénectomie pour traumatisme per-opératoire peut être légitime dans certaines conditions. Les limites de cette indemnisation ne peuvent être fixées que par l'expert, tenant compte du préjudice subi et des circonstances opératoires. Il peut donner son avis sur l'importance de la faute et fournir une base valable pour un règlement transactionnel.

2) Si le chirurgien est, par la suite, l'objet d'une réclamation il doit pouvoir fournir des précisions :

. sur le type de l'intervention pratiquée (le risque de contusion splénique n'étant pas le même au cours d'une vagotomie simple ou au cours d'une gastrectomie totale);

. sur les difficultés techniques rencontrées :

- malade déja opéré de l'étage sus-mésocolique;
- antécédents pathologiques de cette région;
- importance d'une éventuelle hypertension portale;
- rate pathologique (splénomégalie - ancien infarctus - adhérences anormales - périsplénite).

Tous ces éléments doivent faire partie du dossier :

. compte rendu opératoire précis;
. poids - photographie - examen anatomo-pathologique de la rate;
. éléments fournissant la preuve d'une hypertension portale ...

3) Enfin, lorsqu'un chirurgien se trouve dans l'obligation d'enlever une rate contuse en per-opératoire, il doit prévenir le malade lui-même et rapidement. Lui seul saura trouver les termes appropriés et rassurer.

CHIRURGIE DU PANCREAS : 4

	GROUPE I	GROUPE II
I. E. M.	1	3

Nos trois dossiers appartiennent chacun à un chapitre différent de la pathologie pancréatique :

- Pancréatite chronique
- Pancréatite aiguë nécrosante
- Cancer du pancréas

Pancréatite chronique

Ictère rétentionnel avec état général précaire chez une femme de 56 ans, déjà cholécystectomisée trois ans auparavant par un autre chirurgien.

La laparotomie retrouve :

- Une tête de pancréas augmentée de volume et dure évoquant un processus de pancréatite chronique (ce que confirmera une biopsie pancréatique)
- Un très gros cholédoque

Le chirurgien va faire une anastomose cholédoco-duodénale. Les suites immédiates seront simples.

La malade réclamera dix mois plus tard car elle a dû subir une spéno-pancréatectomie gauche dans des circonstances que nous ne connaissons pas.

Sa réclamation sans mandataire sera sans suite.

Le traitement chirurgical des pancréatites chroniques, qu'il s'agisse des dérivations ou même des exérèses pancréatiques, ne peut être que symptomatique, préventif

des complications, voire palliatif. Il implique donc une information du malade et de son entourage, une surveillance clinique et para-clinique régulière, parfois des réinterventions, toujours des règles hygiéno-diététiques sévères.

Ces servitudes nombreuses soulignent la nécessité absolue pour le chirurgien d'avoir avec son malade un type de relation particulièrement satisfaisant.

Quels que soient les documents pré-opératoires que l'on possède, c'est l exploration per-opératoire du pancréas qui donne la meilleure idée des lésions. Cette exploration d'abord manuelle (retranscrite le plus fidèlement possible dans le compte rendu opératoire), puis radiologique (cholangiographie-wirsungographie kystographie) si elle constitue une base indispensable pour le choix de la tactique opératoire sera un élément fondamental du dossier.

Si ce type de chirurgie vient) se faire de manière plus courante, en dehors de certains services spécialisés, il sera tout à fait indispensable que les chirurgiens puissent fournir des dossiers impeccables :

- exploration pré-opératoire;
- compte rendu opératoire avec schéma des montages;
- photographies des pièces d exérèse;
- documents radiologiques per-opératoires;
- dossier de consultation.

Pancréatite aiguë nécrosante

Décès à la 48ème heure d'un malade de 66 ans, admis en urgence avec symptomatologie évoquant une pancréatite aiguë nécrosante massive.

Le diagnostic évident cliniquement sera confirmé par l'hyperlamylasemie.

- la glycémie est à 1,72 g/l
- l'abdomen sans préparation normal;
- il n'y a pas eu de dosage de calcémie.

Malgré un traitement médical classique et une réanimation intensive : décès.

Le chirurgien reconnaît n'avoir pas été suffisamment pessimiste vis-à-vis de la famille.

Celle-ci l assigne, surtout pour connaître les raisons du décès et si aucune erreur

n'a été commise. L'autopsie confirmera le diagnostic.

Les experts déposeront un rapport ne contenant aucun reproche contre le chirurgien et l'anesthésiste.

Affaire en cours.

Cancer du pancréas :

Un malade de 62 ans ayant dans ses antécédents un ulcère duodénal traité médicalement, est admis en urgence pour un syndrome abdominal aigu épigastrique non fébrile.

Les examens para-cliniques faits en urgence (dont l'amylasemie et l'amylasurie) sont normaux. Mais les données de l'examen clinique incitent le chirurgien à faire une laparotomie exploratrice sans diagnostic précis.

L'exploration abdominale sera négative cependant l'opérateur note dans son compte rendu opératoire un léger œdème du feuillet péritonéal devant la tête du pancréas.

Les suites seront simples et le malade sort le 10ème jour.

A partir du 5ème mois post-opératoire l'état général qui jusque là était parfait va s'altérer et au 17ème mois une nouvelle laparotomie va découvrir un cancer de la tête du pancréas (avec nombreuses métastases hépatiques) au dessus de toute ressource thérapeutique.)

Décès du malade deux ans après la première laparotomie.

La famille, dans un premier temps, porte plainte pour homicide involontaire; les reproches sont nombreux :

- incompétence du chirurgien car depuis son installation il fait surtout de l'orthopédie;
- erreur de diagnostic pré et post-opératoire;
- absence de consentement éclairé.

Les experts approuvent totalement l'attitude thérapeutique du chirurgien.

Nous pensons devoir signaler qu'une grande partie de l'argumentation de la partie adverse s'appuyait sur une lettre que le chirurgien avait envoyée à un de ses anciens maitres dans le service duquel le malade fut réopéré. La lettre dans laquelle le chirurgien donnait des précisions sur la première laparotomie était telle que la famille (l'ayant subtilisée dans le dossier hospitalier) a pensé qu'il s'agissait d'un aveu d'incompétence. Le juge d'instruction ayant demandé des explications aux experts sur cette corresponsance, ceux -ci l'interprètent de la façon suivante :

" modestie excessive dans une lettre adressée à un ancien maître et dont les termes exploités par la partie adverse se retournent contre lui ... ".

Non-lieu du juge d'instruction.

La famille se retourne au civil et assigne le chirurgien pour laparotomies injustifiées. En 1ère instance et en appel la famille sera déboutée.

Il s'agissait donc très certainement au départ des manifestations très précoces d'un cancer purement algique.

On ne voit pas très bien ce que l'on pourrait reprocher au chirurgien.

Un point cependant attire notre attention. Du fait de l'organisation de l'établissement de soins, l'opérateur étant avant tout orthopédiste, n'a pas assuré lui même les suites opératoires et la mise au courant de l'entourage familial. Il a opéré pendant une de ses gardes, puis le malade fut suivi par un autre collègue. Il serait évidemment souhaitable que ce soit l'opérateur lui-même qui assure l'ensemble du traitement.

Ces trois dossiers, malgré leur diversité, nous semblent avoir un point commun :

. l'insuffisance d'information du malade ou de son entourage quant aux modalités évolutives rapprochées ou lointaines de l'affection en cause.

Les malades se plaignent et souffrent de ce manque d'information. A tel point que nous avons un dossier où un malade âgé qui avait été opéré pour une pancréatite nécrosante et qui allait parfaitement bien au 15ème jour malgré une suppuration

pariétale et une fistule pancréatique a préféré se jeter par la fenêtre de sa chambre. Il était extrêmement sourd et de ce fait insuffisamment mis au courant de l'évolution de sa maladie. Affaire sans suite mais regrettable.

Nous avons pensé légitime d'évoquer ce dossier ici bien qu'il s'agisse d'un " incident extra-médical " post-opératoire survenu pendant le séjour à la clinique.

CHIRURGIE DES COLONS ET DU RECTUM

GROUPE I	GROUPE II
C. E. T. 3	1

Hémicolectomie droite :

Pour cancer du colon ascendant chez un homme de 70 ans adressé par un gastro entérologue.

Intervention et suites particulièrement simples

Pas de métastases hépatiques

Décès 6 mois plus tard dans des circonstances peu précises.

Le fils porte plainte car d'après lui le chirurgien " a achevé son père ". La demande d'assistance judiciaire sera refusée.

Une telle réclamation n'aurait vraisemblablement pas eu lieu si le chirurgien (comme le recommande à juste raison la Cour de cassation de 1961) avait informé le père comme le fils en employant des expressions simples, approximatives, intelligentes et loyales leur permettant de prendre la décision que ce chirurgien estimait nécessaire.

CHIRURGIE DE L'INTESTIN GRELE (4)

GROUPE I	GROUPE II
I. E. M. 2	2

Les deux dossiers sélectionnés correspondent à des occlusions intestinales aiguës.

1 - Volvulus du grêle sur bride chez une femme de 44 ans peu coopérante :

- laparotomie à la 48ème heure;
- au réveil déglutition de liquide gastrique;
- malgré un transfert dans un service spécialisé : décès au 15ème jour.

Le chirurgien fait, par prudence, une déclaration car la famille porte plainte contre l'anesthésiste (non-lieu du juge d'instruction).

2 - Volvulus du grêle sur bride chez un homme de 42 ans. Les troubles du transit avaient débuté 5 jours auparavant.

Section de la bride et entérotomie de vidange.

Pas d'antibiothérapie post-opératoire, choc septique la nuit suivante et décès deux jours plus tard.

La famille adresse une plainte au Conseil de l'Ordre;

Blâme du chirurgien par le Conseil régional pour insuffisance de surveillance post-opératoire.

En appel, avertissement du chirurgien par le Conseil National car l'opérateur n'a pas procédé personnellement à un examen quotidien du malade dans les jours suivants une intervention grave.

Syndromes de Mendelson, entérotomie de vidange doivent pouvoir être évités si en per-opératoire le liquide contenu en abondance est refoulé manuellement vers l'estomac et si celui-ci est aspiré au moyen d'une grosse sonde d'aspiration gastrique dont la position est vérifiée en per-opératoire (au niveau de la grosse tubérosité, partie déclive de l'estomac), sa perméabilité, son fonctionnement devant être maintenus scrupuleusement en post-opératoire.

En cas de non fonctionnement de cette aspiration gastrique, les experts ont rappelé à plusieurs reprises que c'était au chirurgien lui-même de prendre les dispositions nécessaires.

CHIRURGIE DE L'ANUS (5)

GROUPE I		GROUPE II
B. E.	3	1
DIVERS	1	

Fistule anale

Après drainage d'une suppuration ischio-rectale, le malade réclame des D. I. car il a dû se faire réopérer pour cette fistule.

Affaire sans suite.

La recherche per-opératoire ou vers les 8ème/10ème jour d'un orifice interne traduisant la présence d'une fistule anale s'impose pour la plupart des auteurs.

De toute façon il est souhaitable de prévenir les malades, lorsque cet orifice interne n'a pu être retrouvé d'emblée, qu'une fistule anale risque fort d'apparaître secondairement.

PLAIE ET CONTUSION DE L'ABDOMEN (3)

GROUPE I	GROUPE II
C. E. M. 1	2

Plaie de l'abdomen (1)

Par couteau chez une jeune fille simplement suturée par l'interne de garde.
Le lendemain l'abdomen est parfaitement souple.
36 heures plus tard il existe une péritonite manifeste avec choc septique

Malgré une laparotomie en urgence et suture de deux plaies sur le grêle cette jeune malade fera 12 heures plus tard un collapsus irréversible.

Affaire pénale en cours.

Les experts reconnaissent un retard certain du traitement mais considèrent que l'intervention a été conduite selon les règles de l'art.

Dans la rédaction de leur rapport les experts sont gênés par la mission.
En effet les juges ne les interrogent que sur la laparotomie et non sur l'attitude qu'il aurait fallu adopter aux " Urgences ".

Dans l'esprit des experts, nous pensons cependant qu'une telle affaire est sans équivoque.

Contusion de l'abdomen :

Rupture de rate méconnue malgré un séjour hospitalier de 5 jours pour un accident de la voie publique (19 ans).

Réadmis en urgence en clinique 2 jours après sa sortie de l'hôpital. La laparo-

TOMIE RETROUVE UNE RUPTURE SPLENIQUE MAIS AUCUNE AUTRE LÉSION.

DÉTRESSE CARDIO-RESPIRATOIRE BRUTALE ET INEXPLIQUÉE LE LENDEMAIN, ENTRAINANT LE DÉCÈS.

DÉCLARATION PAR PRUDENCE : SANS SUITE.

LAPAROTOMIE EXPLORATRICE

SANS DIAGNOSTIC PRE-OPERATOIRE PRECIS ET

NEGATIVE (4)

Nous avons voulu regrouper ces quatre dossiers car ils nous semblent tout particulièrement exposer le chirurgien à des reproches ultérieurs.

Laparotomie exploratrice en urgence sans diagnostic précis et négative (2)

1) - Un dossier déja vu, celui de ce cancer de la tête du pancréas à son tout début (v. p. 39).

L'exploration de la tête du pancréas ne retrouve aucune tumeur palpable mais simplement un œdème du péritoine pré-pancréatique.

Décès du malade deux ans après.

2) - Une rupture spontanée de l'œsophage.

Il s'agit d'un homme de 35 ans admis en urgence pour un syndrome abdominal aigu fébrile avec vomissements et contracture abdominale.

Les examens complémentaires pratiqués ne montrent qu'une hyperleucocytose à 13.000 (Amylasémie, cliché pulmonaire et abdomen sans préparation sont normaux).

Laparotomie exploratrice à la 10ème heure avec le diagnostic de perforation d'ulcère ou de pancréatite aiguë.

L'exploration abdominale restera négative et le chirurgien fera une appendicectomie de principe. Mais il va commettre une erreur en parlant d'appendicite à la famille.

En 36 heures aggravation nette avec dyspnée et tendance au collapsus. Un nouveau cliché pulmonaire révèle l'existence d'un épanchement pleural. Le diagnostic exact évoqué, le malade sera transféré pour thoracotomie. On ne connait pas le protocole opératoire exact mais le malade meurt deux jours après dans un tableau où domine une insuffisance rénale aiguë.

La famille porte plainte pour erreur de diagnostic et retard apporté au traitement correct.

Non-lieu du juge d'instruction sur les données de l'enquête judiciaire sans faire appel aux experts.

Laparotomie exploratrice " à froid " sans diagnostic précis et négative

1) L'une pour suspicion de tuberculose iléo-cæcale chez un malade originaire du Maroc et se plaignant de douleurs abdominales diffuses; on ne découvre qu'une adénite anésentérique banale. Le malade assignera son chirurgien car il continue de souffrir. L'expert désigné ne fera aucun reproche à l'opérateur.

Désistement du malade après expertise.

2) L'autre pour des douleurs para-ombilicales droites depuis un an chez une femme de 34 ans.

Il faut noter que 2 mois auparavant cette femme avait subi un curetage utérin pour fausse couche.

Lors de l'exploration sera faite l'exérèse d'un petit kyste ovarien et d'un petit myome.

Tétanos splanchnique suraigü post-opératoire; décès au 10ème jour.

Le mari assigne le chirurgien pour mauvaise interprétation des faits cliniques en post-opératoire et transfert trop tardif en service spécialisé.

Pour les experts il n'y a pas eu de faute d'antiseptie ou de stérilisation;

rien ne permet d'établir que l'intervention chirurgicale ait favorisé la pénétration des germes. Pas d'erreur de diagnostic. Aucune erreur de soins.

Pour eux la cause du tétanos reste indéterminée.

Désistement du mari après expertise.

Nous pensons que l'on peut cependant retenir la notion de curetage utérin récent pour fausse couche, peut-être provoquée, dans la survenue de ce tétanos. Mais une telle hypothèse pouvait difficilement être soulevée par les experts dans le cadre d'une expertise judiciaire.

Ces quatre affaires furent sans conséquences juridiques pour le chirurgien, et ceci d'autant que la laparotomie était le recours indispensable devant la négativité des diverses explorations.

LES CORPS ETRANGERS (CE) DEGLUTIS DU TUBE DIGESTIF (2)

GROUPE I	GROUPE II
0	2

1) Enfant de 12 ans ayant avalé un fil de fer métallique de 5 cm en mangeant des pommes de terre frites.

5 jours plus tard ablation du corps étranger par appendicectomie. Il faut noter que quelques instants après avoir avalé ses frites, l'enfant avait ressenti une vive douleur médio-thoracique et que sur le premier cliché fait quelques heures plus tard le corps étranger était encore au niveau de la partie moyenne de l'œsophage.

A partir du deuxième jour l'enfant sera fébrile, cette hyperthermie étant mise sur le compte d'une rhinopharyngite. Il sortira le 15ème jour non apyrétique.

8 jours plus tard il est réhospitalisé en catastrophe pour un état fébrile avec une dysphagie et des vomissements sanglants. Le diagnostic de médiastinite est alors évident. L'intervention, conduite par voie thoracique droite découvre une médiastinite avec un anévrisme aortique au voisinage de la plaie œsophagienne.

Malgré une exclusion bipolaire de l'œsophage et le remplacement prothétique de l'anévrisme réséqué cet enfant meurt deux jours plus tard.

Les parents portent plainte contre X. L'affaire sera finalement conduite devant le tribunal administratif.

2) Déglutition d'un tire-nerf :

Sur la notion d'une fibroscopie gastrique négative, le chirurgien fait une laparotomie exploratrice à la 48ème heure alors que ce corps étranger est parfaitement toléré.

L'intervention sera longue car le corps étranger est en fait demeuré dans

l'estomac comme vont finalement le montrer les radios per-opératoires.

Au 4ème jour le malade fait une septicémie à entérobacter imposant un transfert en service spécialisé. La porte d'entrée était certainement un cathéter veineux. Guérison complète.

Le malade ayant demandé des dommages et intérêts à l'odonto-stomatologiste, l'assurance de celui-ci se retourne contre le chirurgien car :

- le corps étranger aurait pu s'éliminer spontanément;
- l'ablation du corps étranger fut rendue difficile en raison de l'absence de cliché post-opératoire.

Un règlement amiable est en cours, les assurances du chirurgien et de l'odonto stomatologiste prenant chacune en charge 50 % des dommages et intérêts.

I - Vignon et Chardon à partir d'une enquête auprès des chirurgiens dentistes ont recencé 237 cas. Dans 90 à 95 % des cas les choses s'arrangent d'elles-mêmes sans intervention.

II - Goldefy et coll. ont recencé 162 cas d'ingestion de corps étrangers chez l'adulte dans un service de chirurgie destiné aux malades mentaux. Dans 40 % des cas ils furent dans l'obligation d'opérer, mais les corps étrangers ne sont pas comparables.

L'intervention ne doit donc pas être trop hâtive. Une surveillance très stricte s'impose : clinique et radiologique (clichés toutes les 12 heures).

Dans certains cas l'extirpation est urgente. Des signes médiastinaux (hémo médiastin - épanchement pleural), des signes abdominaux (pneumopéritoine - défense - contracture - élévation thermique - leucocytose excessive) doivent inciter à intervenir rapidement. Mais il faut être vigilant. Comme Hepp le souligne les perforations sont en général petites et peuvent s'accompagner d'un minimum de signes. Ce problème de la latence est fondamental.

Ailleurs c'est devant un arrêt de la migration du corps étranger que va se poser

l'indication d'une exérèse chirurgicale ou endoscopique.

Les zones d'arrêt classiquement dangereuses sont : l'œsophage, le duodénum, la valvule iléo-cæcale, et la jonction recto-sigmoïdienne, mais il convient de tenir compte des zones dangereuses créées par une bride, une adhérence chez un ancien opéré de l'abdomen.

Un corps étranger qui s'arrête et ne se mobilise pas sous l'influence des traitements essayés doit être étudié et enlevé.

24 à 72 heures d'arrêt représentent l'attente limite que la plupart des auteurs admettent comme raisonnable avant l'intervention.

- plutôt 24 heures pour les corps étrangers agressifs;
- parfois 72 heures en l'absence de signes anormaux.

Il est indispensable de parfaitement localiser le corps étranger avant toute tentative d'extraction. L'endoscopie digestive peut être utile dans ces cas et pourrait même permettre l'ablation. Il est particulièrement souhaitable qu'elle soit faite par des mains expérimentées surtout en cas de corps étranger œsophagien.

En fait dans ces cas de corps étrangers œsophagien l'extraction instrumentale doit prendre le pas sur la thoracotomie.

Lorsque le corps étranger a poursuivi sa migration mais que persiste un doute sur l'intégrité de l'œsophage et que l'endoscopiste, par prudence, recule devant un aspect inflammatoire trop important, il faut faire un transit œsophagien avec des produits hydrosolubles.

Nous terminerons cette revue des affaires de la chirurgie digestive par un dossier un peu à part.

Une tumeur rétropéritonéale, mais dont le développement intra-abdominal justifie sa présentation ici.

Il s'agissait plus précisément d'un fibro-mixolipome rétropéritonéal chez un homme de 59 ans.

Extirpé une première fois il récidive au bout de 9 mois. Le chirurgien propose alors au malade de prendre l'avis d'un consultant, mais il s'y refuse.

Compte tenu d'un risque vasculaire important au niveau des gros vaisseaux pré-vertébraux lors de la réintervention, le même opérateur opte pour une exérèse seulement partielle de la tumeur.

Un an plus tard ce patient se fera opérer une troisième fois par un autre chirurgien et réclame des dommages et intérêts auprès du premier opérateur. (Sans mandataire). Affaire sanssuite.

CHIRURGIE DE LA PAROI ABDOMINALE : 25 dossiers

CHIRURGIE DES HERNIES DE L'AINE : 22

GROUPE I		GROUPE II	
B. E.	0	Atrophies testiculaires	7
C. E. M. ;	0	Lésions du crural	2
C. E. T.	1	Plaie A. I. externe	1
C. N. T.	4	Septicémie à point de départ inguinal	1
A. C.	1	Douleurs au niveau de l'incision inguinale	2
I. E. M.	0	Contusion herniaire avec péritonite	1
DIVERS	1	Phlébite superficielle	1
TOTAL.	7	TOTAL	15

CHIRURGIE DES HERNIES EPI-GASTRIQUES 1

GROUPE I		GROUPE II	
DIVERS	1		0

CHIRURGIE DES EVENTRATIONS DE LA PAROI ABDOMINALE 2

GROUPE I	GROUPE II
0	2

CHIRURGIE DE LA PAROI ABDOMINALE

Chirurgie des hernies de l'aine

Il s'agit en fait uniquement du traitement chirurgical des hernies inguinales chez l'homme. Nous avons :

- 1 corps étranger textile
- 4 complications neurologiques sur table
- 1 arrêt cardiaque

et

- 7 atrophies testiculaires
- 2 douleurs au niveau de l'incision inguinale
- 2 lésions du nerf crural
- 1 plaie de l'artère iliaque externe
- 1 septicémie mortelle à point de départ inguinal
- 1 contusion herniaire avec péritonite secondaire
- 1 phlébite superficielle au niveau du membre inférieur correspondant

Les atrophies testiculaires :

L'âge moyen des malades est de 32 ans (minimum 17 ans, maximum 59 ans). Nous n'avons qu'une seule cure chirurgicale pour une deuxième récidive (utilisation d'une plastie de peau totale).

Les autres hernies étaient toutes directes. Le procédé utilisé par les différents opérateurs bien qu'assez mal précisé, était un abaissement du tendon conjoint à l'arcade crurale en rétro funiculaire.

Nous n'avons retrouvé aucune trace de prothèse. Dans aucun cas l'aponévrose du grand oblique ne fut reconstituée en rétro funiculaire avec cordon sous peau.

Par contre 3 fois les opérateurs signalent dans leur compte rendu opératoire l'existence de volumineux lipomes du cordon qu'ils ont dû disséquer.

Les suites opératoires furent les suivantes :

Aucune suppuration ou hématome de la paroi. Mais 5 tuméfactions du scrotum ou du testicule vers le 3ème jour.

. 1 fois pas de gros testicule (il s'agissait de la reprise pour deuxième récidive).

. 1 fois les suites opératoires ne sont pas connues.

Très souvent les malades vont faire état au cours de leur réclamation d'une certaine désinvolture du chirurgien devant cette tuméfaction testiculaire (pour eux la prescription d'un suspensoir n'apparaît pas comme suffisante).

Il est difficile de préciser le délai d'installation de l'atrophie du testicule mais 1 an à 1 an 1/2 semble constituer une bonne moyenne. Nous avons cependant une atrophie nette au bout de 4, 6 mois et à l'opposé un malade qui réclame 8 ans après l'intervention (l'atrophie était certainement constituée depuis de nombreuses années).

2 malades furent réopérés :

. l'un pour des douleurs au niveau de l'incision. Il semble qu'un névrome fut découvert. On ne sait pas très bien si l'atrophie du testicule préexistait à cette réintervention.

. l'autre pour une récidive sur le mode crural mais dans ce cas l'atrophie testiculaire existait déja de manière indiscutable.

Ces 7 malades se plaignaient par ailleurs de troubles sexuels peu précis mais qui parfois dominaient franchement la réclamation.

Avec une égale fréquence ils signalaient des douleurs au niveau de l'incision avec des irradiations soit vers le testicule soit vers la racine du membre inférieur. Parfois il s'agissait uniquement de douleurs testiculaires.

A la suite de ces atrophies testiculaires, nous avons :

. 5 réclamations
. 2 assignations du chirurgien

mais aucun jugement ne fut prononcé.

Ces affaires se sont terminées soit par un désistement du malade après expertise (2 fois), soit par un règlement amiable (3 fois) avec des dommages transactionnels loin d'être négligeables (13 000 francs, 15 000 francs, 22 000 francs).

Si les compagnies d'assurances préfèrent transiger plutôt que voir s'engager une procédure judiciaire c'est parce que l'opinion des experts est là encore très variable et leur interprétation physio-pathologiques différentes.

Certains reprochent à l'opérateur :

. d'avoir trop fermé l'orifice inguinal,
. ou une section haute de l'artère spermatique.

D'autres évoquent :

. un " inévitable tiraillement du cordon "
. ou une thrombose des veines spermatiques avec infarctus testiculaire pour expliquer les tuméfactions scrotales post-opératoires.

Les grandes séries américaines signalent que la tuméfaction scrotale est une complication dont la fréquence est de 1,8 %. La fréquence des atrophies testiculaires est la même : 1,8 %. Mais dans ces séries la fréquence des tuméfactions scrotales avec atrophie secondaire du testicule n'est pas relevée. Cette atrophie du testicule peut survenir après une tuméfaction ou une ischémie testiculaire.

La tuméfaction du testicule est sans doute le fait d'une compression veineuse probablement en rapport avec la fermeture de l'orifice inguinal interne. Mais la dissection d'un sac herniaire ancien, l'exérèse d'un volumineux lipome du cordon peuvent amener une thrombose des veines testiculaires avec atrophie secondaire de la glande. Dans ce cas la responsabilité du chirurgien ne peut être engagée.

L'ischémie testiculaire devrait correspondre à une lésion de la vascularisation artérielle. Or l'anatomie nous apprend qu'il existe un riche réseau anastomotique entre les vaisseaux principaux du testicule (artère spermatique - artère funiculaire - artère déférentielle) et qu'au-dessous de l'orifice externe du canal inguinal ces artères reçoivent elles-mêmes des branches provenant des artères vésicales, des artères prostatiques, des artères honteuses externe et interne.

Dans ces conditions, comme le signale Koontz à la suite d'un important travail médico-légal sur ce problème, l'étiologie artérielle des atrophies testiculaires ne peut être le fait que :

. de l'absence ou de l'insuffisance de ce réseau anastomotique (anomalie individuelle toujours possible);

. de la destruction antérieure de ce réseau collatéral au cours d'une précédente intervention surtout lorsque le testicule a été extériorisé.

Il nous apparait difficile d'évoquer une lésion artérielle pour reprocher à un chirurgien une atrophie testiculaire après une première intervention pour cure de hernie.

Par contre ces atrophies étant plus fréquentes dans la chirurgie des récidives de hernies, il faut, dans ce cas, prévenir le malade de ce risque.

Phénomènes douloureux après une cure chirurgicale des hernies inguinales :

Nous avons deux affaires où les malades réclamaient pour des douleurs au niveau

de l'incision avec troubles sexuels sans atrophie testiculaire. Dans un cas il s'agissait vraisemblablement d'un névrome avec douleurs surtout au moment des rapports.

Les experts nommés à la suite d'une assignation estiment qu'ils n'y a pas eu de faute mais considèrent que les troubles signalés par le malade sont la conséquence de l'acte opératoire. Ils déconseillent la réintervention pour ce névrome. Un débout du patient devrait s'ensuivre car la responsabilité du chirurgien ne peut être engagée en l'absence de faute.

L'autre affaire concerne une réintervention pour une deuxième récidive. Le chirurgien a utilisé un lambeau de prau totale. Le malade se plaint de douleurs et d'une impuissance sexuelle secondaire totale. Compte tenu du caractère revendicateur du malade et de la personnalité de l'opérateur, un règlement transactionnel sera rapidement conduit sur la base de 15 000 francs.

En ne considérant que ces neuf affaires sur les vingt deux que comporte la chirurgie des hernies de l'aine, on s'aperçoit que ce sont les douleurs et les troubles sexuels qui dominent la réclamation.

A) Les troubles sexuels sont difficiles à préciser. On comprendrait que ces malades se plaignent de douleurs au moment des rapports (ce qui est le cas deux fois), mais une impuissance secondaire ne peut être mise sur le compte de la cure de la hernie même s'il existe une hypoesthésie de certaines zones érogènes.

B) Quant aux douleurs, après ce type de chirurgie, elles méritent toute notre attention.

La partie inférieure de la paroi abdominale est riche en fibres nerveuses.

1) le nerf grand abdomino-génital traverse le muscle petit oblique et chemine directement sous l'aponévrose du grand oblique jusqu'au canal inguinal. Il est très vulnérable lors de l'incision de cette aponévrose. Il innerve

par ses fibres sensitives de la région sus-pubienne.

2) le nerf petit abdomino-génital que l'on rencontre habituellement dès le début de la dissection du canal inguinal perfore aussi les muscles petit oblique 1,5 cm environ de l'épine iliaque antéro-supérieure. Il chemine ensuite sous l'aponévrose du grand oblique au niveau ou près de l'anneau superficiel d'où il sort pour apporter l'innervation sensitive à la pointe du pénis, à une partie du scrotum et aux régions correspondantes chez la femme. Ces nerfs donnent également des filets moteurs aux muscles voisins.

3) le nerf génito-crural a deux branches :

. l'une génitale qui est sans doute la plus vulnérable; elle arrive au canal inguinal au niveau de son orifice interne, le traverse dans sa partie médiane et se continue au niveau de la peau du scrotum dont elle fournit l'innervation sensitive.
Elle innerve également le muscle crémaster. Cette branche est certainement coupée au cours des interventions où l'on incise et réséque le crémaster au niveau de l'orifice interne du canal inguinal.

. l'autre branche de ce nerf est la branche fémorale; elle accompagne l'artère du même nom sous l'arcade crurale et innerve par ses fibres sensitives le triangle de Scarpa.

Une section, une contusion de ces nerfs peut entraîner une hypoesthésie mais elle disparait au bout de plusieurs mois du fait des nombreuses anastomoses. Si un nerf est coupé accidentellement il faut le retailler et fermer son névrilème au fil non résorbable très fin.

La majorité des douleurs après cure de hernie doivent disparaître sans traitement. Celles qui persistent peuvent bénéficier d'infiltrations; chez de très rares malades la cicatrice devra être explorée à la recherche d'un névrome. Comme l'écrit Lloyd M. Nyhus les névromes post-opératoires peuvent faire énormément souffrir surtout les malades revendicateurs.

Quoi qu'il en soit :

. un respect des vaisseaux du cordon et des filets nerveux de cette région constituent de sages précautions.

Lésions du nerf crural :

1) section du nerf crural chez une petite fille de 6 ans. Le diagnostic ne sera fait que deux ans plus tard devant des troubles de la marche.

L'amyotrophie de la loge antérieure de la cuisse est alors totale. Il s'y associe une rotule ascensionnée et un raccourcissement important du membre. L'exploration électromyographique et chirurgicale du nerf confirme son interruption pratiquement complète.

Assignation du chirurgien :

Pour les experts la faute est indiscutable. Ils accordent une I. P. P. de 30 % . Les juges condamneront l'opérateur à verser 130 000 francs de dommages et intérêts.

2) Apparition vers le 4ème jour d'un hématome important après une cure de hernie sans problème particulier chez un homme de 48 ans. Conjointement apparait une paralysie du nerf crural avec des douleurs irradiées. Après désunion cutanée l'opérateur prend l'avis d'un consultant. Celui-ci ayant exploré le nerf ne retrouve pas de solution de continuité mais un englobement cicatriciel du nerf. La libération permettra une guérison sans séquelles.

Assignation du chirurgien :

L'expert souligne que si la paralysie est bien le fait de l'hématome, la thérapeutique de l'accident fut correcte. Affaire en cours.

Si un hématome par l'englobement cicatriciel qu'il provoque peut aboutir à une paralysie crurale, ce même mécanisme doit pouvoir être évoqué pour expliquer certaines lésions des filets nerveux inguinaux et des éléments du cordon.

Le problème est alors de savoir si un hématome après une cure de hernie est une faute. C'est encore un de ces nombreux faux problèmes dont nous avons vu des exemples et pour lesquels la jurisprudence actuelle enferme dans une alternative insoutenable les experts.

Un opérateur soigneux, faisant une hémostase parfaite aura moins d'hématomes qu'un opérateur qui ferait une hémostase plus rudimentaire, mais il en aura tout de même.

L'hématome ne peut être une faute que si, à son origine, il y a une maladresse ou une négligence (comme dans le dossier que nous allons voir : plaie méconnue de l'artère fémorale) ou si, ayant eu des conséquences fâcheuses, il n'a pas correctement été évacué avec reprise de l'hémostase.

- Plaie de l'artère fémorale :

Malade réopéré au 19ème jour de la cure simple d'une hernie inguinale pour un hématome pulsatil au niveau de l'incision de kélotomie. A cette occasion on découvre une plaie latérale de l'axe artériel au niveau de l'arcade crurale qui oblige à mettre en place un patch de dacron. 2 ans plus tard sera faite, dans un service spécialisé, une greffe veineuse pour thrombose de l'artère iliaque externe.

Simple réclamation en cours.

Nous avons retrouvé une affaire tout à fait semblable dans laquelle le chirurgien fut condamné pour négligence, les juges considérant que l'opérateur n'avait pas pris cette précaution élémentaire qui consiste à soulever l'arcade au moment du passage des points à ce niveau.

Les autres affaires concernent :

Une septicémie à germes gram négatifs avec décès, secondaire à une suppuration de l'espace de Bogros. Le décès est survenu malgré une mise à plat du canal inguinal et une laparotomie exploratrice (négative) faite devant des signes

péritoneaux.

Une péritonite méconnue pendant trois jours avec décès à la suite d'une contusion herniaire chez un sujet âgé. Renvoi devant le tribunal administratif.

Enfin une phlébite superficielle d'un membre inférieur dans les suites immédiates d'une cure de hernie inguinale. Le malade assigne l'opérateur pour absence de traitement anti -coagulant préventif et lever trop précoce en post-opératoire. Les experts approuveront cette attitude thérapeutique.

Désistement du malade après expertise.

Telles sont les incidences médico-légales de la chirurgie des hernies de l'aine dans notre série.

Si le souci légiti me des chirurgiens est d'éviter l'apparition d'une récidive (ce risque étant de 5 à 10 % selon les séries et les cas étudiés) il nous semble qu'une chirurgie plus minutieuse est moins traumatisante (ne réduisant pas le cordon au canal déférent qu'il contient) devrait permettre de diminuer le nombre des revendicateurs qui souffrent ou qui se considèrent atteints dans leur génitalité.

CHIRURGIE DE L'APPAREIL GENITAL FEMININ

	TOTAL	GROUPE II	GROUPE I	REPARTITION DES AFFAIRES DU GROUPE I						
				BE	CEM	CET	CNT	AC	IEM	DIVERS
Chirurgie gynécologique	63	31	32	7	2	10	6	0	3	4
Chirurgie obstétricale	26	12	14	0	4	5	2	1	0	2
Coelioscopie gynécologique	12	3	9	1	1	0	2	5	0	0
TOTAL	101	46	55	8	7	15	10	6	3	6

CHIRURGIE DE L'APPAREIL GENITAL FEMININ : 101			
GROUPE I		GROUPE II	
B. E.	8	Chirurgie gynécologique	31
C. E. M.	7		
C. E. T.	15	Chirurgie obstétricale	12
C. N. T.	10	(césariennes : 10)	
A. C.	6	(déchirure périné : 2)	
I. E. M.	3		
DIVERS	6	Cœlioscopie gynécologique	3
TOTAL	55	TOTAL	46

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE : 63			
GROUPE I		GROUPE II	
B. E.	7	UTERUS	19
C. E. M.	2	OVAIRE	1
C. E. T.	10	TROMPE	3
C. N. T.	6	ANNEXE	1
A. C.	0	PROLAPSUS	2
I. E. M.	3	STERILET	2
DIVERS	4	AVORTEMENTS	2
		RECHUTE INEXPLIQUEE	1
TOTAL	32	TOTAL	31

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

- 63 Affaires -

Nous voudrions d'emblée faire remarquer le nombre des accidents de bistouri électrique (11 %) et celui ,des corps étrangers textiles (16 %). Cela tient certainement à une caractéristique de cette chirurgie qui est d'être malgré tout assez hémorragique, même parfois lorsqu'elle est parfaitement réglée, exécutée par des opérateurs brillants.

De plus la nécessité d'une anesthésie profonde et dans certains cas d'une position de Trendelenburg pour refouler les anses grêles vers le haut expliquent un certain nombre de complications neurologiques périphériques (10 %).

Les dossiers que nous avons sélectionnés dans le groupe II (31 sur 63) se répartissent ainsi :

Chirurgie de l'utérus (19) :

- 12 hystérectomies
- 1 amputation par voie basse du col utérin
- 2 cures de rétroversion utérine
- 4 révisions utérines pour interruption de grossesse.

Chirurgie des annexes (5) :

- 1 annexectomie unilatérale
- 1 exérèse d'un kyste de l'ovaire
- 3 actes chirurgicaux isolés au niveau des trompes

Chirurgie des prolapsus génitaux (2) :

Réclamation après pose ou ablation d'un stérilet (2).

Avortement (2)

1 réclamation incompréhensible et injustifiée.

Sur ces 31 affaires sélectionnées, une fois sur trois c'est une complication urinaire qui est à l'origine de la " réclamation ".

Nous allons donc d'abord étudier ces complications urinaires avant d'envisager les autres affaires en fonction de l'intervention pratiquée.

COMPLICATIONS URINAIRES DE LA CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE (10)

Ces complications se répartissent ainsi :

. 5 fistules vésico-vaginales (au cours de 4 hystérectomies totales et d'une amputation du col utérin par voie basse);

. 4 lésions obstructives de l'uretère pelvien ou iliaque (au cours de 2 hystérectomies sub-totales, d'une cure de prolapsus génital par voie basse, au cours de l'ablation d'un kyste de l'ovaire);

. 1 fistule urétéro-vaginale (au cours d'une hystérectomie totale)

Les fistules vésico-vaginales :

1) Hystérectomie totale sans difficulté opératoire particulière pour fibrome du col utérin. Extériorisation immédiate d'une fistule vésico-vaginale (F. V. V.)

Dans le mois suivant, à trois reprises, le chirurgien va tenter de tarir cette fistule :

. au 12ème jour par voie basse,

. au 21ème jour par voie basse,

. au 30ème jour par voie trans-vésicale.

Par la suite la malade consultera d'autres urologues et ce n'est qu'à la 5ème réintervention qu'un résultat satisfaisant sera obtenu.

La malade porte plainte pour blessure involontaire.

Le rapport des experts sera très défavorable au chirurgien.

D'après eux : " une fistule vésico-vaginale après hystérectomie est une faute; c'est la conséquence d'une blessure de la paroi vésico-vaginale qui est passée inaperçue ". Devant ce rapport la partie adverse préfère abandonner la procédure pénale et engager une procédure civile. Affaire en cours.

2) Hystérectomie totale " intra faciale au bistouri électrique " pour salpingométrite sévère.

Après des suites opératoires simples, une fistule vésico-vaginale s'extériorise au 30ème jour.

Au 7ème mois un autre chirurgien tente, sans succès, une cure chirurgicale par voie basse; reprise par voie haute, nouvel échec.

Les experts déposeront un rapport favorable soulignant en particulier que :

. l'indication opératoire était justifiée,

. l'intervention pratiquée de façon normale,

. et que les troubles dont se plaint la malade sont dus à un " mauvais état de ses tissus ".

Il faut penser que dans ce cas les experts ont tenu compte de l'indication de l'hystérectomie (pour des lésions inflammatoires) et peut-être aussi du fait que le chirurgien avait préféré confier sa malade ultérieurement à des opérateurs ayant une plus grande habitude de cette chirurgie.

Non lieu vraisemblable du juge d'instruction.

3) Hystérectomie totale conservatrice chez une femme de 29 ans enceinte de 5 mois pour un hématome rétro-placentaire.

Ici la fistule vésico-vaginale, apparue au 15ème jour et opérée avec succès au 35ème jour par le même opérateur, n'est qu'un élément secondaire de la réclamation.

Certes la malade se plaint d'une discrète incontinence urinaire à l'effort et son mari est mécontent de n'avoir pu obtenir d'explication sur les péripéties des diverses opérations, mais surtout ils considèrent que cette hystérectomie était injustifiée. Renvoi devant le tribunal administratif.

4) Hystérectomie totale pour cancer intra-épithélial du col utérin.

Les suites opératoires immédiates sont un peu fébriles. La fistule vésico-vaginale s'extériorise deux mois plus tard, peu abondante.

Ce n'est que deux ans après que la malade, ayant consulté un urologue, va réclamer auprès de son premier chirurgien.

Règlement amiable : 10 000 francs.

5) Amputation par voie basse du col utérin. Extériorisation d'une fistule vésico-vaginale qui sera reprise sans succès, quatre fois, par d'autres opérateurs à partir du troisième mois.

Renvoi devant le tribunal administratif.

Nous voudrions rapprocher de ces 5 observations une autre où le chirurgien poursuivi est celui qui a tenté de tarir la fistule.

Hystérectomie totale non conservatrice pour nécrobiose aseptique d'un fibrome utérin.

Devant une incontinence urinaire d'effort précoce on fait deux mois plus tard une cysto-cervicopexie. Dans les suites de cette deuxième intervention s'installe une fistule vésico-vaginale.

Un mois plus tard un second chirurgien va tenter sans succès la fermeture de cette fistule par voie trans-vésicale, trans-péritonéale.

La malade assigne ce deuxième chirurgien pour erreur d'exécution et de tactique.

L'expert dans son rapport notera qu'en matière de fistule vésico-vaginale les échecs sont assez fréquents malgré toutes les précautions prises.

Affaire actuellement devant la Cour de cassation.

La survenue d'uns fistule vésico-vaginale ne relève certainement pas d'un mécanisme unique qui serait une plaie vésicale méconnue. Elles doivent pouvoir relever d'un mécanisme plus complexe où intervient à la fois l'aspect inflammatoire ou non des tissus, l'existence ou non d'un hématome infecté inter vésico vaginal. Cependant une abondante fistule vésico-vaginale s'extériorisant le lendemain de l'intervention ne peut être que le fait d'une large brèche vésicale.

Quant à la nécessité pour le chirurgien de procéder lui-même au traitement chirurgical de cette fistule, elle doit tenir compte de son expérience personnelle dans ce domaine et de la qualité des rapports qu'il conserve avec sa malade.

En effet, les résultats de cette chirurgie demeurent incertains et en cas d'échec il risque de se retrouver dans une position inconfortable.

Nous voudrions signaler que quel que soit le procédé utilisé pour leur traitement, les réinterventions nous semblent trop souvent précoces et précipitées. Un délai de trois mois, comme le préconise A. Steg, apparait indispensable avant d'entreprendre la cure chirurgicale de ces fistules vésico-vaginales.

Lésions obstructives de l'uretère pelvien ou iliaque :

Dans ces cas les experts admettent plus volontiers qu'une lésion de l'uretère pelvien puisse être fait lors de circonstances diverses, et ceci d'autant que le deuxième chirurgien lors de la réintervention ayant disséqué l'uretère dans le segment en cause, peut émettre un avis, retrouver une cause, éventuellement une ligature.

Nous ne ferons que signaler la section des deux uretères au cours du temps antérieur de réparation d'un périné chez une femme jeune ayant une cystocèle moyenne.

Section des uretères au cours de la ligature des pédicules vasculaires cervico vésicaux. Ce risque est classique. Ils sont souvent visibles derrière ces pédicules comme le signale H. G. Robert.

Cette malade a dû subir, après l'échec d'une réimplantation urétéro-vésicale bilatérale, une dérivation haute des urines par l'intermédiaire d'un greffon intestinal.

Trois dossiers concernent des lésions de l'uretère ilio-pelvien au cours de la chirurgie gynécologique trans-péritonéale.

1) Hystérectomie sub-totale pour des kystes végétants des deux ovaires (épithélioma).

Au 15ème jour une urographie intra-veineuse est faite devant de violentes douleurs lombaires droites; elle va montrer une urétéro-hydronéphrose de ce côté.

Au 30ème jour un autre urologue va faire à cette malade une néphrectomie. Au cours de celle-ci on note que l'uretère droit est bifide et qu'une ligature est parfaitement visible sur une branche de l'Y. La patiente réclame par l'intermédiaire d'un mandataire. L'expert ne fait que rappeler dans son rapport ce que le deuxième opérateur avait décrit dans son compte rendu opératoire.

Un règlement amiable se fera sur la base de 100 000 francs.

2) Hystérectomie sub-totale pour utérus fibromateux.

Une urographie faite au 11ème jour révèle un rein droit muet. Néphrostomie droite en urgence par un autre chirurgien.

Au 30ème jour la malade est réopérée pour une occlusion intestinale aiguë. L'uretère droit ne sera pas exploré.

Au 4ème mois, réimplantation vésicale de l'uretère, le segment sténosé sera réséqué et confié aux anatomo-pathologistes qui vont répondre : Talcome.

Assignation du premier opérateur.

Les experts ne lui feront aucun reproche mais ils pensent que la malade doit être indemnisée. . .

Le tribunal de grande instance déboute la patiente en première instance et en appel.

3) Volumineux kyste de l'ovaire droit imposant la dissection de

l'uretère jusqu'à son croisement avec les vaisseaux utérins.

Sur une urographie intra-veineuse faite un mois plus tard, on découvre une stase urinaire du côté droit et de ce fait la malade sera confiée à un urologue : réimplantation uretère-vésicale type Boari.

Trois ans plus tard une reprise de l'urétéro-cystonéostomie s'avèrera indispensable du fait d'une sténose.

La malade assigne le premier chirurgien et l'urologue. Il est signalé que ces deux opérateurs sont des " maîtres " dans leur spécialité.

Les experts évoquent une sclérose péri-urétérale cicatricielle et signalent que pour eux les difficultés opératoires étaient liées à une cure chirurgicale de retroversion utérine faite 13 ans auparavant (" fixation corporéale de l'utérus à la paroi abdominale antérieure qui est une intervention d'un autre âge, fertile en complications ").

La patiente sera déboutée par le Tribunal de grande instance mais la réaction est immédiate; cette dernière assigne l'opérateur qui lui avait fait une hystéropexie (voir le premier dossier concernant les rétroversions utérines).

Fistule urétéro-vaginale (1) :

Extériorisation immédiate, après hystérectomie totale pour fibrome cervico isthmique, d'une fistule urétéro-vaginale.

Le même opérateur reprend cette malade au 10ème jour et découvre une duplicité urétérale complète d'un côté avec une ligature trans-fixante sur un des deux uretères. Guérison de cette fistule après réimplantation.

La malade ayant été informée par son médecin traitant va réclamer des dommages et intérêts, mais cette affaire restera sans suite.

LES AUTRES DOSSIERS GYNECOLOGIQUES CLASSES EN FONCTION DE L'INTERVENTION PRATIQUEE

(à l'exclusion des complications urinaires envisagées ci-dessus)

CHIRURGIE DE L'UTERUS

A - Hystérectomie (12)

- complications urinaires (7)
- absence de consentement (2)
- cancer sur ovaire restant (1)
- absence de complément thérapeutique (1)
- péritonite après hystérectomie (1)

B - Amputation du col (1)

- complication urinaire (1)

C - Cure chirurgicale des rétroversions utérines (2)

- complication urinaire (1)
- dyspareunie (1)

D - Révision utérine pour interruption de grossesse (4)

- curetage incomplet (1)
- association morbide (1)
- perforation utérine (2)

A - Hystérectomie (12)

Absence de consentement (2)

1) Hystérectomie sub-totale conservatrice des annexes chez une femme de 34 ans. 5 jours auparavant elle avait consulté dans un service de gynécologie parisien dans lequel avait été diagnostiquée une grossesse de deux mois.

Deux jours plus tard elle consultait son chirurgien pour des métrorragies. Celui-ci fit cette hystérectomie car " elle avait un fibrome isthmique et faisait une fausse couche " ce que confirmera l'examen anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse. Cette hystérectomie apparait pour le moins abusive, compte tenu des seuls renseignements que nous possédons, d'autant que la malade n'avait pas été prévenue. Elle consultera plus tard ce chirurgien car ses règles ne réapparaissent pas .....

Doit-on penser que le chirurgien, alors qu'il faisait un simple curetage, s'est vu contraint de pratiquer une hystérectomie pour une raison X ? (hémorragie, perforation utérine). Ce serait une explication de ces hystérectomies faites chez des malades admises pour menace de fausse couche. Mais on peut tout aussi bien évoquer :

- une erreur d'indication, voire une indication abusive;
- éventuellement une erreur de malade.

Dans l'observation ci-dessus résumée, les experts n'ont fait aucun reproche au chirurgien et n'ont pu se prononcer sur le problème du consentement...

En 1ère instance les juges ont condamné l'opérateur pour absence de consentement de la malade à l'intervention. Les dommages et intérêts se sont élevés à 20 000 francs.

2) Hystérectomie chez une femme ayant eu 6 enfants, le lendemain d'un curetage utérin ayant ramené des débris placentaires putrides et sphacelés.

Suites opératoires simples.

La malade et son mari portent plainte pour absence de consentement.

Affaire sans suite par abandon de la procédure.

Cancer sur ovaire restant (1) :

Métrorragie chez une femme de 41 ans; le chirurgien fait une biopsie du col sur une zone suspecte et un curetage biopsique de la cavité utérine ainsi que de l'endocol. Aucune lésion suspecte. Electrocoagulation du col utérin.

4 ans plus tard réapparition des métrorragies. Le même chirurgien préfère pratiquer une hystérectomie totale; il conservera l'annexe gauche chez cette femme non ménopausée. Dans le compte rendu d'examen anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse il est signalé " ... des tubes endométriaux suspects ... "; l'opérateur ayant demandé aux histologistes de revoir les coupes ceux-ci ne retrouvent aucun signe de malignité mais un aspect métaplasique banal et évoquent une endométriose.

1 an après on découvre une tumeur pelvienne dont le volume augmente rapidement. Après une temporisation de 3 ou 4 mois sous Norluten, nouvelle laparotomie. Il existe des métastases péritonéales diffuses, prédominant sur le grand épiploon avec une masse tumorale pelvienne qui semble développée à partir de l'ovaire restant.

L'opérateur évoque une origine utérine. Les histologistes n'éliminent pas cette possibilité mais penchent plutôt pour un cystadénocarcinome primitif de l'ovaire.

Chimiothérapie post-opératoire.

Le mari assigne :

1) le chirurgien pour erreur de diagnostic, absence de surveillance régulière, absence de radiothérapie post-opératoire;

2) le médecin traitant pour avoir adressé sa femme à ce chirurgien ....

3) les anatomo-pathologistes.

Les experts qui seront 5 dont 2 anatomo-pathologistes approuveront le schéma thérapeutique. Ils notent cependant que l'opérateur fut parfois maladroit et imprudent avec le mari. Affaire en cours.

Cette observation semble donc concerner un cancer sur ovaire restant.

Nous savons que 4 % des cancers de l'ovaire sont des ovaires restants, que dans une série d'intervention conservatrice 0,2 % d'ovaires dégénèrent.

C'est donc un risque minime de la chirurgie conservatrice et comme l'écrit H. G. Robert les ovaires restant après hystérectomie ne se cancérisent pas plus que les ovaires des femmes non hystérectomisées.

Ce qui est un peu étonnant dans ce dossier, c'est l'apparition de ce cancer un an seulement après l'hystérectomie; en effet, pour Counseller et Hunt, 80 % se découvrent plus de 5 ans après l'intervention.

Absence de complément thérapeutique (1) :

Malade de 60 ans ayant consulté pour des métrorragies. Frottis classe II - Une histérographie va révéler " une image endocavitaire apparemment bénigne ".

Le chirurgien fait alors une hystérectomie totale, pensant qu'il s'agit d'un fibrome.

Les anatomo-pathologistes répondront : " cancer de l'endomètre ".

Nous n'avons aucun renseignement sur le degré d'envahissement du moymètre et une éventuelle extension cervico-isthmique. Aucun complément thérapeutique (pas de curiethérapie vaginale, pas de cobaltothérapie pelvienne)

1 an plus tard la malade fait une hémiplégie en rapport avec une métastase cérébrale. Le mari reproche au chirurgien de n'avoir pas prescrit de radiothérapie ou de chimiothérapie et réclame auprès du conseil régional de l'Ordre qui relaxe le chirurgien.

Affaire sans suite.

Dans cette observation :

1) le diagnostic aurait peut-être pu être fait plus tôt en pré-opératoire (curetage biopsique), voire en per-opératoire (en ouvrant l'utérus)

2) La supériorité de l'association radio-chirurgicale sur l'hystérectomie totale simple dans le traitement du cancer de l'endomètre n'est pratiquement plus discuté.

- la curiethérapie vaginale est systématique; elle réduit le nombre des récidives vaginales et sous-urétales (46 %);
- l'irradiation externe complémentaire est par contre moins bien codifiée : systématique pour certains, guidée pour d'autres par des exérèses plus larges vers les paramètres et les lymphatiques iliaques. Mais ces exérèses chirurgicales plus étendues seront encore discutées.

Dans l'affaire ci-dessus évoquée, le manque de précision anatomo-pathologique sur la pièce d'exérèse ne nous permet pas de discuter le schéma thérapeutique.

Péritonite après hystérectomie (1) :

Hystérectomie totale chez une femme de 39 ans pour endométrite suppurée sévère. L'anatomo-pathologiste retrouve dans l'utérus la présence d'éléments de grossesse.

Au 14ème jour réintervention pour péritonite; le lendemain choc septique et décès.

Le chirurgien essayant de savoir auprès du mari s'il n'y avait pas eu de manœuvre abortive, celui-ci porte plainte pour méconnaissance d'utérus gravide.

Les experts déposeront un rapport favorable au chirurgien mais lui reprochent :

- de ne pas avoir fait de curetage exploratEur;
- de ne pas avoir exploré suffisamment la cavité abdominale lors de la deuxième intervention.
- d'avoir réopéré sans prévenir le mari.

Non lieu du juge d'instruction. Pas d'appel de la partie adverse.

B - Amputation du col (1)

Complication urinaire (1)

C - Cure chirurgicale de rétroversion utérine (2)

1) Affaire déja évoquée (voir complications urinaires de la chirurgie gynécologique - lésions obstructives de l'uretère ilio-pelvien - observation n° 3)

Hystéropexie pour rétroversion utérine et ligature des deux trompes chez une femme de 24 ans (1956).

16 ans plus tard, la malade ayant été réopérée pour un volumineux kyste de l'ovaire par un autre chirurgien, elle assignera celui-ci à la suite d'une complication urinaire.

Les experts noteront alors que les difficultés rencontrées par ce deuxième opérateur étaient en rapport avec la fixation corporéale de l'utérus : " opération d'un autre âge et fertile en complications ". De plus ils désapprouvent la ligature des trompes.

La malade se retourne alors contre le premier chirurgien. Elle sera également déboutée de sa demande.

2) Dyspaneurie après hystéropexie pour rétroversion utérine chez une femme de 31 ans.

Elle réclame 100 000 francs à son chirurgien. Affaire sans suite.

D - Révision utérine pour interruption de grossesse (4) =

. 1 curetage incomplet

. 1 association morbide

. 2 perforations utérines

1) - Curetage incomplet (1)

Malade curetée deux fois à 15 jours d'intervalle par deux chirurgiens différents. Dans les deux cas une grossesse extra-utérine sera suspectée et le curetage sera précédé d'une cœlioscopie.

Elle assigne le premier opérateur pour interruption de grossesse, ce qui apparait sans fondement (la réaction de grossesse était négative avant le premier curetage).

L'expert ne retiendra comme seul reproche qu'un curetage incomplet.

L'assurance va accepter de verser 7 000 francs de dommages et intérêts.

2) - Association morbide (1)

Curetage utérin pour fausse couche spontanée.

15 mois plus tard la malade est réopérée par un autre chirurgien qui se trouve devant une carcinose péritonéale dont l'origine excréto-urinaire est vraisemblable. Décès deux mois plus tard. Plainte du mari pour absence d'examen anatomo-pathologique lors du curetage, mais abandon précoce de la procédure.

Il semble qu'un moment une origine ovarienne fut évoquée (aucune vérification nécropsique).

3) Perforations utérines lors de révision utérine (2)

1 - Perforation utérine avec laparotomie d'emblée qui montre une plaie minime du sigmoïde. L'opérateur fait un anus iliaque gauche.

Un autre chirurgien rétablira secondairement la continuité. Les suites opératoires seront simples mais il existe un préjudice esthétique indiscutable chez cette jeune femme de 20 ans.

Elle va réclamer des dommages et intérêts, mais réclamation sans suite.

2) Malade de 31 ans, sans enfant, adressée pour un curetage biopsique. Une hystérographie pratiquée devant des métrorragies ayant relevé une image lacunaire endo-utérine, le chirurgien va faire un curetage biopsique et dans le même temps une hystérectomie totale non conservatrice.

La malade réclame des Dommages et intérêts car on lui aurait dit que l'utérus avait été perforé au cours du curetage. De plus elle n'avait pas donné son consentement pour cette chirurgie mutilante.

Affaire sans suite.

On est obligé de constater que dans ces trois affaires les opérateurs sont incapables de fournir des éléments cohérents pour justifier cette chirurgie mutilante. Les malades sont comme nous dans l'ignorance des circonstances exactes de ces hystérectomies et ne peuvent alléguer qu'une absence de consentement.

La faute ne se situe pas tellement au niveau de l'absence de consentement, mais au stade de l'indication opératoire.

CHIRURGIE DES ANNEXES (5)

- Complication urinaire (1)
- Une réclamation sans suite pour une suppuration trainante de l'espace de Retzius après annexectomie;
- 3 affaires concernant la chirurgie tubaire dans le cadre de la stérilité ou celui de la " stérilisation ".

Stérilité tubaire :

1) Femme de 23 ans ayant 4 enfants. Médiane sous-ombilicale pour des douleurs pelviennes.

L'état des trompes conduit le chirurgien à faire une salpingectomie bilatérale (la malade ayant été prévenue de cette éventualité).

Par erreur, dans le compte rendu remis à la malade, ne sera mentionnée qu'une

salpingectomie gauche.

C'est ainsi que deux ans plus tard, désirant un autre enfant, munie de ce compte rendu opératoire, elle consulte pour stérilité secondaire. Une hystérographie suivie de cœlioscopie va confirmer la résection bilatérale des trompes.

La malade assigne alors le chirurgien car, dit-elle, il ne lui avait pas dit qu'il avait fait une salpingectomie bilatérale.

Les experts ne relèvent qu'une erreur de secrétariat incombant à la clinique.

En appel la partie adverse plaidera l'absence de consentement éclairé, mais les experts ne peuvent conclure sur ce point et les juges débouteront une seconde fois la malade de sa demande.

2) Une femme de 32 ans, sans enfant, consulte pour des douleurs de la fosse iliaque droite et une stérilité.

Le chirurgien par médiane sous-ombilicale enlève l'appendice et se trouvant en présence d'un hydrosalpinx bilatéral résèque la partie malade des deux trompes.

La malade est donc mise au courant qu'elle ne pourra plus avoir d'enfant.

Or, trois ans plus tard, on constatera que ses trompes sont perméables et que la stérilité est le fait du mari.

Les experts reprochent au chirurgien d'avoir porté un diagnostic de stérilité tubaire à la légère et d'avoir pratiqué une intervention qui ne peut correspondre à son compte rendu opératoire, compte tenu des données de l'hystérographie faite deux ans après. Une péremption d'instance va venir clore le dossier judiciaire.

Stérilisation tubaire

Chez une femme de 31 ans, au cours d'une troisième césarienne.

Le chirurgien, devant la friabilité utérine et ayant obtenu l'accord de la malade et de son mari, pratique une résection bilatérale des trompes.

Compte rendu opératoire : résection des deux trompes sur plusieurs centimètres

avec ligature des deux extrémités aux fils non résorbables.

Pas d'enfouissement des moignons tubaires entre les deux feuillets du ligament large.

Deux ans plus tard : grossesse intra-utérine.

Le médecin traitant conseille aux époux de ne pas porter plainte et d'attendre la quatrième césarienne qui permettra de vérifier l'état des trompes.

C'est ainsi qu'un autre chirurgien put constater que les trompes étaient bien ligaturées. Il lui fit une salpingectomie bilatérale. L'examen anatomo-pathologique confirme la présence de tissu cicatriciel dans leur portion isthmique.

Affaire sans suite.

Ces trois affaires soulignent l'importance en chirurgie gynécologique d'une correcte information de la malade. Le compte rendu opératoire doit lui-même être très précis.

CHIRURGIE DES PROLAPSUS GENITAUX

PAR VOIE BASSE (2)

1) Complications urinaires (1)

2) Dyspareunie (1)

Cure chirurgicale par voie basse d'un prolapsus génital : colpoperinéorraphie antérieure et postérieure chez une femme de 77 ans.

Les experts déposeront un rapport favorable, arguant du fait que le chirurgien, à cet âge, aurait pu faire une fermeture vulvaire; qu'il a donc essayé dans la mesure du possible de donner satisfaction à la malade. Par ailleurs les experts pensent que dans la dyspareunie doit également intervenir l'apparition d'une coxarthrose bilatérale évolutive et d'une atrophie vaginale ....

La malade sera déboutée de sa demande d'indemnisation.

RECLAMATION APRES POSE OU ABLATION D'UN STERILET (2)

1) Migration intra abdominale d'un stérilet 8 jours après sa mise en place. Une courte laparotomie sous-ombilicale va permettre son ablation. Le chirurgien préfère faire une déclaration à son assurance.

2) Quatre mois après l'ablation d'un stérilet remis à la malade, celle-ci est opérée pour une pelvipéritonite.

Le deuxième opérateur découvre un autre stérilet en évacuant un abcès latéro utérin. Il s'agissait bien de deux stérilets, ce qui était ignoré de la malade mais aussi du premier chirurgien. Un abdomen sans préparation parait, pour ces raisons, souhaitable avant l'ablation d'un stérilet.

AVORTEMENT

1) après la cautérisation d'un col d'utérus gravide.

Réclamation sans suite.

2) après un examen gynécologique précédé d'un sondage vésical, la malade croit que c'est la " sonde " qui a provoqué la fausse couche.

Affaire sans suite.

CHIRURGIE OBSTETRICALE

. 24 CESARIENNES

. 2 DECHIRURES PERINEALES OBSTETRICALES

CESARIENNES : 24		
GROUPE I		GROUPE II
B. E.	0	1 MORT SUBITE APRÈS LE RÉVEIL
C. E. M.	4	1 EMBOLIE PULMONAIRE MORTELLE
C. E. T.	5	1 HYSTÉRECTOMIE D'HÉMOSTASE
C. N. T.	2	3 COMPLICATIONS INFECTIEUSES (PARIÉTALE : 2) (PÉRITONITE GANGRENEUSE : 1)
A. C.	1	2 DÉCÈS DE L'ENFANT
I. E. M.	0	2 TRAUMATISMES DU FŒTUS
DIVERS	2	
TOTAL	14	10

CESARIENNE

Les dix dossiers du Groupe II concernant ce type de chirurgie correspondent à :

- 1 décès inexpliqué en post-opératoire
- 1 embolie pulmonaire mortelle
- 1 hémorragie post-opératoire
- 2 complications infectieuses
  - suppuration pariétale
  - péritonite gangreneuse
- 2 traumatismes de l'enfant
- 2 décès de l'enfant

Mort subite quelques heures après le réveil :

Dans un tableau de défaillance respiratoire aiguë après un épisode convulsif initial. Le chirurgien évoque la possibilité d'une embolie amniatique.

Il s'agit d'un accident exceptionnel et même discuté. Un défaut de surveillance post-opératoire est plus vraisemblable.

Embolie pulmonaire avec mort subite :

Mort subite au moment de sa sortie chez une césarisée qui lors de son séjour dans le service public d'un hôpital avait eu des signes de phlébothrombose d'un membre inférieur.

Cette symptomatologie était restée méconnue du faisant fonction d'interne qui avait la responsabilité du service pendant les vacances du titulaire.

Plainte avec condamnation du chirurgien par le tribunal correctionnel à une peine de prison avec sursis et amendes.

La faute est indiscutable : avoir laissé sortir une jeune césarisée ayant manifestement une phlébothrombose d'un membre inférieur. Cette condamnation à une peine de prison est la seule que nous ayons dans nos dossiers.

Hémorragie secondaire après césarienne :

La malade meurt dans les heures ayant suivi une hystérectomie d'hémostase.

L'opérateur évoque une fibrinolyse.

Plainte pour homicide involontaire mais sans suite.

Complications infectieuses

. Une suppuration pariétale avec éventration secondaire. Assignation du chirurgien; la malade sera déboutée de sa demande en appel.

. Une péritonite gangreneuse au 5ème jour d'une césarienne pour souffrance fœtale et procidence du cordon.

La partie adverse reprochera surtout au chirurgien de n'avoir pas gardé plus longtemps en observation cette jeune femme enceinte de 7 mois.

En effet elle avait été admise en clinique 5 jours avant la césarienne pour rupture de la poche des eaux mais avait été autorisée à sortir trois jours plus tard.

Devant cette péritonite elle est transférée dans un service de réanimation intensive où elle va demeurer 2 mois et subir une hystérectomie.

L'expert nommé, sur assignation du chirurgien, ne retient pas de faute mais une perte de chance de guérison : " Si elle n'était pas sortie aussitôt de la clinique, elle n'aurait peut-être pas fait cette péritonite ... "

Affaire en cours .....

2 décès d'enfant :

Sans que l'on puisse reprocher quoi que ce soit aux opérateurs.

. 1 affaire sans suite

Règlement amiable avec D. I. minimes pour faire cesser le courrier et les tracasseries nombreuses et variées que les parents font subir au chirurgien.

Enfin 2 traumatismes du fœtus :

. 1) plaie minime d'une paupière supérieure. Sans suite.

. 2) plaie oculaire ayant nécessité une énucléation secondaire.
D. I. : 100 000 francs.

CŒLIOSCOPIE GYNECOLOGIQUE : 12		
GROUPE I		GROUPE II
B. E.	1	1 Electro-coagulation du grêle
C. E. M.	1	
C. E. T.	0	1 Hémorragie au point de ponction
CNT	2	
A. C.	5	1 Contusion des vaisseaux mésentériques
I. E. M.	0	
DIVERS	0	
TOTAL	9	3

CŒLIOSCOPIE GYNECOLOGIQUE

Dans ce chapitre nous regrouperons toutes les affaires concernant cette exploration.

/ AFFAIRES DU GROUPE II /

3 accidents sont en rapport indiscutablement avec la cœlioscopie :

. 2 hémopéritoines

. 1 péritonite

Hémopéritoine après cœlioscopie (2)

1) Une plaie du Mésentère près de sa racine par l'aiguille d'insufflation.

Devant l'apparition, en cours d'exploration, d'un hémopéritoine l'opérateur va faire une laparotomie sans réveiller la malade. Il sera obligé de réséquer 25 cm de grêle.

Suites opératoires simples.

La malade va réclamer des D. I. pour un motif bien secondaire et sans rapport vraiment direct avec l'accident cœlioscopique. Elle se plaint de troubles mictionnels secondaires à la mise en place pendant quinze jours d'une sonde vésicale ....

Transaction amiable sur la base de 16 000 francs.

2) Hémopéritoine secondaire à une plaie du Mésocolon. La laparotomie d'hémostase permettra de libérer quelques adhérences du grand épiploon au niveau du pelvis.

Réclamation. Affaire sans suite.

Péritonite après cœlioscopie :

Cette péritonite est secondaire à la chute d'une escarre sur le grêle. Lors de l'exploration l'opérateur avait fait une biopsie ovarienne et coagulé la zone biopsiée.

Cet accident de la coagulation va rester méconnu. La jeune malade sort de l'établissement au bout de 5 jours. A peine 48 heures après, elle sera opérée d'urgence pour une péritonite avec choc septique. Défaillance cardio vasculaire brutale en fin d'intervention. Décès malgré un transfert en milieu spécialisé.

AFFAIRES DU GROUPE I

Corps étranger métallique :

Il s'agit de l'extrémité du palpateur mousse, qui dévissé est demeuré dans l'abdomen sans que l'opérateur s'en aperçoive.

Ce n'est que sur une hystérographie faite quelques jours plus tard que ce corps étranger sera découvert.

Une deuxième cœlioscopie ne peut le retrouver.

La malade très inquiète accepte finalement, sur les conseils des différents médecins qu'elle consulte, de conserver ce sorps étranger.

Un délicat problème de responsabilité va s'en suivre. Qui du chirurgien, de la panseuse qui range l'appareil, du personnel de salle d'opération qui nettoie les instruments ou du fabricant doit supporter les frais du règlement transactionnel ?

Finalement l'assurance du chirurgien accepte de couvrir 75 % des D. I. celle de la clinique 25 %. La malade recevra 35 000 francs (1973).

Arrêt cardiaque en salle d'opération (5)

. Deux malades sur les cinq avaient déja été opérés de l'abdomen,

l'une par médiane sous-ombilicale.

L'étude des antécédents médicaux de ces patients ne révèle rien de particulier.

- L'indication de la cœlioscopie était :

  . pour une suspicion de grossesse extra utérine (2 fois)
  . pour une affection chronique ou sub-aiguë des trompes (2 fois)
  . pour des douleurs pelviennes (1 fois).

- Trois fois l'anesthésie était faite par un médecin anesthésiste. Dans deux cas seulement la malade fut intubée.

- Cet arrêt cardiaque fut noté :

  . quelques instants après le début de l'insufflation (2)
  . en fin d'intervention (3)

- Le pneumopéritoine sera réalisé :

  . au gaz carbonique (2)
  . à l'air (1)
  . à l'oxygène pure (1)

- Les conséquences de ces arrêts cardiaques furent en salle d'opération :

  . récupération et guérison sans séquelles (1)
  . décès (2)

après transfert en milieu spécialisé :

  . décès (1)
  . séquelles neurologiques discrètes (1)
  . guérison sans séquelles (1)

Parmi les deux guérisons sans séquelles, l'une le fut après traitement par l'oxygène hyperbare.

- Les opérateurs ont préféré faire une déclaration à leur assurance mais une seule fois on retrouve une assignation devant le tribunal administratif. Les autres affaires demeurèrent sans suite.

La fréquence de ce type d'accident par rapport aux autres accidents de la cœlioscopie abdominale (5 sur 12 affaires dans notre série), par rapport aux autres arrêts cardiaques colligés dans nos 333 dossiers (5 sur 14), nous parait être un argument pour ne pas mettre en cause l'anesthésie mais la cœlioscopie elle-même et évoquer la possibilité d'embolie gazeuse.

L'embolie gazeuse, bien que considérée comme exceptionnelle au cours des pneumopéritoines à visée diagnostique, n'en est pas moins classique.

Paolaggi, au cours de cinq mille laparoscopies n'en a jamais rencontré. Goulon et Coll. à propos de 4 observations d'embolie gazeuse au cours des cœlioscopies soulignent que cet accident survient en début d'insufflation ou lors de la mise en position déclive. Il est certain que l'insufflation de gaz dans la cavité péritonéale, crée a priori des conditions favorables à une migration veineuse s'il existe en même temps une blessure vasculaire. La rupture d'une bride, d'une adhérence, peut réaliser cette effraction vasculaire.

La position de Trendelenburg est un élément également favorisant. On sait en effet que toute pression veineuse négative favorise l'embolie gazeuse.

D'après l'évolution clinique de leurs quatre observations Goulon et Coll. évoquent la possibilité d'un désamorçage du cœur par un embol gazeux massif. La constatation à l'auscultation d'un bruit de " rouet " (correspondant à l'existence de bulles gazeuses dans les cavités cardiaques) vient à l'appui de cette interprétation.

L'anoxie cérébrale ischémique serait secondaire aux conséquences de l'irruption d'air dans le cœur droit (véritable arrêt cardiaque fonctionnel).

Grâce à une réanimation immédiatement efficace et à un traitement par l'oxygène hyperbare l'évolution de ces arrêts cardiaques, dont la meilleure

explication physio-pathologique est l'existence d'une embolie gazeuse doit se faire vers la guérison complète en quelques jours.

Un certain nombre de précautions doit permettre d'éviter ce risque :

- Introduction de l'aiguille d'insufflation dans l'hypocondre gauche après vérification de l'absence d'une splénomégalie.
- Pénétration facile du gaz.
- Utilisation du CO_2 plutôt que l'air.
- Insufflation progressive.
- Expansion symétrique et régulière de l'abdomen.
- Interruption de l'insufflation devant le moindre trouble respiratoire ou circulatoire.
- Intubation systématique ou possibilité d'intubation immédiate.

Au cours des cœlioscopies il existe donc 3 types d'accidents graves :

1) hémorragies par blessure de vaisseaux intra-abdominaux. Dans cette éventualité où une laparotomie s'impose : il est facile de n'encourir aucune réclamation de la part de la malade si on a pris le soin de la prévenir qu'une laparotomie peut toujours s'imposer au cours d'une cœlioscopie.

2) des arrêts cardiaques : il est indispensable que l'anesthésie pour cœlioscopie gynécologique soit réalisée par un anesthésiste au courant des dangers spéciaux de cette exploration, de la possibilité d'une embolie gazeuse.

3) des nécroses intestinales méconnues au cours de la cœlioscopie elle-même en cas d'électro chirurgie, de biopsie avec électrocoagulation, si une anse intestinale est en contact avec une zone mal isolée de l'électrode ou au contact direct de l'organe en voie de coagulation.

Ces nécroses peuvent aboutir à une péritonite par perforation quelques

JOURS APRÈS LA CŒLIOSCOPIE. NOUS EN AVONS UN EXEMPLE DRAMATIQUE; C'EST ASSEZ SOULIGNER LA NÉCESSITÉ DANS CES CAS D'UNS -SURVEILLANCE EN MILIEU CHIRURGICAL ATTENTIVE, CES PÉRITONITES NE POUVANT QUE REVÊTIR UNE SYMPTOMATOLOGIE TROMPEUSE.

CHIRURGIE DE L'APPAREIL URINAIRE : 20			
GROUPE I		GROUPE II	
B. E.	1	Accidents de la chirurgie endoscopique	2
C. E. M.	2	Malades non opérés	3
C. E. T.	3	Contusion rénale	1
C. N. T.	1	Accident de P. B. R.	1
A. C.	1	Lithiase de l'uretère	1
I. E. M.	0	Adénomectomie incomplète	1
DIVERS	3		
TOTAL	11		9

CHIRURGIE DE L'APPAREIL URINAIRE

Parmi les 9 dossiers (sur 20) que nous avons sélectionnés aucune complication aucun accident ou incident ne domine et leur intérêt est très inégal.

Cependant une affaire soulève un problème qui dans l'avenir pourrait prendre plus d'importance; c'est celui des récidives d'adénome de la prostate qu'il faut distinguer des adénomes " restants ".

Ces 9 dossiers concernent :

. 1 contusion rénale.
. 1 accident de la ponction biopsique rénale.
. 1 lithiase de l'uretère
. 1 cystite récidivante.
. 1 électrocoagulation tumeur vésicale
. 2 scléroses cervico-prostatiques
. 1 adénome de la prostate.
. 1 cancer prostatique

Deux réclamations sont pour le moins imprécises ou injustifiées :

1) Une malade ayant des troubles psychiques caractérisés consulte pour une cystite récidivante. Son chirurgien demande les examens habituels et lui fait une cystoscopie. Elle réclamera pour insuffisance de soins mais cette réclamation sera rapidement sans suite.

2) Une plainte contre X de la part du fils d'un malade de 78 ans chez lequel avait été fait à l'occasion d'un séjour en clinique le diagnostic de cancer de la prostate. Il sera mis au traitement médical mais meurt subitement quelques jours plus tard au moment de sa sortie.

Non lieu du juge d'instruction.

Une contusion rénale :

Contusion rénale à la suite d'un accident de la voie publique chez un jeune homme qui sera admis en urgence dans un hôpital. 4 heures plus tard, son état devenant alarmant, il sera transféré dans un service spécialisé.

Décès malgré une néphrectomie d'hémostase.

La famille porte plainte contre X car elle estime que le chirurgien ne s'est pas déplacé assez rapidement après l'appel de l'interne de garde, ce qui fut la cause d'un retard important du transfert.

Cette affaire soulève avec acuité le problème des hôpitaux de 2ème catégorie où le chirurgien de garde, le plus souvent à temps partiel, peut ne pas être disponible très rapidement.

Affaire en cours.

Ponction biopsique rénale (PBR)

Bien qu'il s'agisse d'une PBR faite dans un service de néphrologie par des médecins nous avons pensé devoir conserver ce dossier. Cette ponction rénale per-cutanée provoqua une hématurie dont l'importance et la persistance vont faire un moment envisager une néphrectomie d'hémostase.

Le malade devra rester deux mois en observation dans un service spécialisé. Il réclame des D. I. mais se désistera finalement après un échange de correspondance abondant avec le contentieux de la compagnie d'assurance du médecin.

Deux accidents de la chirurgie endoscopique :

1) Un décès 1/2 heure après une résection endoscopique du col vésical pour sclérose cervico-prostatique chez un sujet jeune. Le chirurgien fait une déclaration car le médecin chef de contrôle des établissements de soins lui signale qu'il considère qu'il y a une insuffisance de surveillance des opérés au retour dans leur lit.

Affaire sans suite.

2) Une occlusion 7 jours après la résection endoscopique d'une petite tumeur

vésicale. La malade est réopérée par un autre chirurgien qui découvre une " nécrose étendue de la calotte vésicale ". La malade était sortie au 5ème jour malgré un état sub-fébrile.

Réclamation sans mandataire sans suite.

Les deux dossiers suivants sont les seuls qui correspondent à une intervention urologique proprement dite.

1) Une erreur d'indication opératoire en présence d'un calcul caliciel inférieur.

2) Un défaut d'exécution lors d'une adénomectomie prostatique

1) L'erreur d'indication :

Il s'agit en fait d'une lithiase urétérale. On ne sait pas si le rein sus-jacent était muet ou si le malade était fébrile; quoi qu'il en soit un cathétérisme urétéral va refouler ce calcul dans le calice inférieur.

Devant ce calcul et " un certain degré de dystension pyélique " sur l'urographie de ce même coté, 3 jours après le cathétérisme urétéral, une lombotomie sera faite.

La Pyélotomie ne permet pas l extraction du calcul. Comme il existe une artère polaire inférieure qui bride la jonction pyélo-calicielle, le chirurgien sectionne cette artère. Il s'ensuit une ischémie nette du pôle inférieur du rein mais aucun geste complémentaire ne sera fait.

Les suites opératoires sont fébriles et, au 30ème jour, s'extériorise - au niveau de la lombotomie - une fistule urinaire.

L'opérateur ne parvient pas à monter une sonde urétérale de ce côté mais il fait une urétéro-pyélographie rétrograde qui montre que la fuite du produit de contraste se produit au niveau du pôle inférieur.

La fistule se tarit en 8 jours; cependant deux mois plus tard le malade sera réadmis pour une collection de la fosse lombaire. Le chirurgien lui propose de drainer cette collection; il s'y refuse et préfère consulter dans un service spécialisé. Nous n'avons pas de précision sur les interventions ultérieures.

L'arrêt de travail fut au total de 8 mois. Le malade réclame des D. I. et confie

ses intérêts à un mandataire très conciliant. Il obtiendra finalement 6 000 francs.

2) Un défaut d'exécution :

Sous forme d'une adénomectomie prostatique incomplète.

Il s'agit d'un homme de 61 ans admis en urgence pour une rétention aiguë d'urine. Le chirurgien ayant constaté l'existence d une prostate adénomateuse fait une adénomectomie prostatique trans-vésicale 4 jours plus tard.

L'adénome pesait 55 g d'après ce qui est noté dans le compte rendu opératoire. Son examen anatomo-pathologique ne révèle rien de particulier. Les suites opératoires sont simples, mais les troubles mictionnels persistent.

Le malade, persuadé qu'il a un cancer , consulte un an plus tard un autre urologue. Ce dernier reprenant la taille vésicale énuclée sans difficulté 3 lobes adénomateux pesant 30 g.

Le malade signale parfaitement que ses troubles mictionnels n'ont disparus qu'après la deuxième intervention.

Devant une réclamation de ce malade, l. assurance du premier opérateur considérant que l'hypothèse la plus vraisemblable est une première énucléation incomplète, accepte une transaction amiable sur la base de 12 500 francs.

Dans cette affaire, l'adénomectomie incomplète est pratiquement certaine et, compte tenu du poids de la première exérèse, il faut admettre qu'il s'agissait d'un volumineux lobe médian. Mais on peut imaginer des cas où pourra se poser le problème entre adénome restant ou récidive adénomateuse. A. Steg a insisté récemment sur la fréquence de plus en plus grande de ces récidives adénomateuses après adénomectomie initiale correcte. Il est certain que le fait d'opérer des hommes de plus en plus jeunes, quel qu'en soit le motif, ne peut qu'augmenter le nombre de ces récidives.

Cependant leur aspect clinique est bien différent :

Il existe un intervalle libre pendant lequel le malade n'a aucun trouble mictionnel. Cette période est habituellement de 5-6 ans. Lors de la récidive le patient ne se présente pas comme un " prostatique " mais consulte pour des hématuries.

Cette récidive est surtout endo-urétérale. Sur l'urétrocystographie ascendante et mictionnelle, elle donne un aspect marécageux faisant parler de cancer.

Lors de la réintervention le trigone vésical est verticalisé, la récidive toujours antérieure ou latérale.

Etant donné qu'à l'heure actuelle on n'en est encore qu'au stade des hypothèses pour tenter de trouver une cause à ces récidives, la responsabilité du chirurgien ne peut être en toute logique engagée dans ces cas.

Ces quelques affaires urologiques, bien qu'assez disparates, confirment que cette chirurgie tire son originalité des difficultés de l'indication et du choix de la tactique opératoire.

Le diagnostic doit pouvoir s'appuyer sur des explorations parfaites, parfois dangereuses, et qu'il peut être difficile de faire accepter au malade.

C'est souligner la nécessité d'une relation chirurgien-malade d'une très bonne qualité, compte tenu que cette chirurgie essentiellement conservatrice et parfois réparatrice implique une surveillance post-opératoire longue et soigneuse.

CHIRURGIE DE L'APPAREIL GENITAL MALE : 7	
GROUPE I	GROUPE II
B. E. 3	CHIRURGIE PREPUTIALE 3 CRYPTORCHIDIE BILATERALE 1
TOTAL 3	TOTAL 4

CHIRURGIE DE L'APPAREIL GENITAL MASCULIN (7)

Les 7 dossiers concernant cette chirurgie se répartissent ainsi :

. 3 bistouri électrique
. 3 accidents de la chirurgie préputiale
. 1 atrophie des deux testicules après cure d'une cryptorchidie bilatérale.

Les trois accidents du bistouri électrique méritent d'être évoqués dès maintenant car ils sont tous trois identiques.

Il s'agit de la cure d'un hypospade balanique, d'une hydrocèle vaginale et d'une hémotocèle testiculaire.

Le malade est en décubitus dorsal classique, les membres inférieurs allongés, les deux cuisses rapprochées. Le liquide utilisé pour désinfecter la zone opératoire l'est abondamment; il s'accumule ou

stagne entre les cuisses et dans le sillon inter fessier. Si ce liquide contient de l'alcool ou s'il s'agit d'éther, la première étincelle lors de l'utilisation du bistouri électrique va l'enflammer avec propagation aux champs de voisinage.

C'est ainsi que dans 3 cas les brûlures prédominaient au niveau du périné, du scrotum et à la face interne des deux cuisses.

Deux fois les brûlures furent superficielles, ne nécessitant que des soins locaux et les D. I. furent minimes (6 000 et 9 000 francs).

Une fois elles nécessitèrent une greffe secondaire et furent à l'origine d'une assignation du chirurgien (affaire en cours).

Accidents de la chirurgie préputiale (3)

1) - Deux fistules urétro-balaniques après circoncision pour phimosis.

L'une de ces circoncisions fut pratiquée au décours d'une appendicectomie et n'avait pas été prévue initialement avec les parents (enfant âgé de 11 ans)

Sur assignation du chirurgien, et après expertise, un règlement amiable aura lieu sur la base de 17 500 francs (deux réinterventions ont fait perdre deux années scolaires à l'enfant).

L'autre circoncision malheureuse fut l'objet d'une réclamation des parents sans mandataire. L'assurance a couvert les frais supplémentaires occasionnés par cette fistule (enfant âgé de 3 ans).

2) Un dossier au sujet de la cure chirurgicale d'un paraphimosis :

Celui-ci fut traité par simple section dorsale de l'anneau cutanéo-muqueux.

Les parents réclament des D. I. car une circoncision ultérieure fut nécessaire. Sans suite après correspondance entre les parents et le contentieux de la compagnie d'assurance.

Certains auteurs considèrent que le débridement dorsal n'est qu'un pis aller applicable seulement aux cas vus tardivement au stade de nécrose, la cure du paraphimosis exigeant pour eux une circoncision d'urgence sous anesthésie générale.

Atrophie des deux testicules après cure chirurgicale d'une cryptorchidie bilatérale chez un enfant de douze ans :

Abaissement des deux testicules à un mois d'intervalle avec fixation hétéro latérale du testicule selon le procédé d'Ombredanne. Ischémie et atrophie des deux testicules. Réclamation des parents.

L'expert déposera un rapport défavorable

. notant en particulier que le chirurgien a été imprudent de faire la deuxième opération si près de la première, alors que persistaient des signes inflammatoires;

. et lui reprochant de n'avoir pas dit aux parents qu'il s'agissait d'une opération délicate comportant des risques. L'expert accordera une I. P. P. de 40 % avec préjudice moral extrêmement important.

Règlement amiable sur la base de 60 000 francs.

Il est indéniable que la reposition sanglante bilatérale des testicules est une opération risquée.

Pour Cukier deux interventions à quelques mois d'intervalle sont plus sages. L'exploration chirurgicale est légitime en prévenant les parents de l'insuccès possible.

Il est à noter que les difficultés techniques sont surtout grandes quand on choisit la fixation hétéro-latérale.

CHIRURGIE DES VAISSEAUX PERIPHERIQUES			
GROUPE I		GROUPE II	
B. E.	0	ARTERES	2
C. E. T.	2	CHIRURGIE DES VARICES	3
A. C.	1		
I. E. M.	1	S. P. E.	6
DIVERS	1	DRAMES VASCULAIRES AU SCARPA	4
TOTAL	5	TOTAL	15

CHIRURGIE DES VAISSEAUX PERIPHERIQUES

En fait il s agit essentiellement des complications et des accidents de la chirurgie des varices des membres inférieurs.

Cette chirurgie, qui s'adresse parfois à des sujets jeunes, dont les indications sont de plus en plus larges, et qui appartient à la chirurgie générale, a pu aboutir à des catastrophes.

Ces affaires sont largement dominées :

. par les lésions du nerf sciatique poplité externe (S. P. E.)

. et par ce que nous appellerons les drames vasculaires du niveau du triangle de Scarpa.

Les lésions du S. P. E. (voir tableau page 107)

- Nous avons : 6 lésions de ce nerf uniquement dans ce type de chirurgie.
  5 femmes pour 1 homme, avec une moyenne d'âge de 45 - 50 ans.

- Il s'agissait :
  4 fois d'une crossectomie de la veine saphène externe,
  1 fois d'un stripping complet de cette veine,
  1 fois d'une résection isolée d'un paquet variqueux en regard du col du péroné.

- Dans aucun cas nous n'avons précisé la position du malade sur la table d'opération.

- 5 fois sur 6 l'état macroscopique du nerf est connu, soit que sa section per opératoire ait été reconnue, soit qu'il ait été exploré secondairement.

Ainsi :

A - Trois fois il s'agissait d'une section partielle ou totale

. 1 suture d'emblée avec 10 % d'I. P. P.

. 1 suture à la 48ème heure avec 15 % d'I. P. P.

. 1 suture secondaire après résection d'un névrome 6 mois plus tard = 20 % d'I. P. P.

Ces I. P. P. correspondent à des récupérations très médiocres et à des séquelles invalidantes.

B - Deux fois le nerf ne présentait aucune solution de continuité. Si dans un de ces cas l'hypothèse la plus vraisemblable est une contusion par écarteur, l'autre hypothèse mérite d'être rapportée, compte tenu de la notoriété en chirurgie vasculaire de l'opérateur et de l'expert. Il s'agit d'une crossectomie de la veine saphène externe. Une paralysie du S. P. E. s'installe progressivement pour devenir complète en 3 - 4 jours. L'exploration par le même opérateur au 15ème jour montre un nerf entouré par des veines thrombosées réalisant une véritable gangue inflammatoire. La libération nerveuse sera efficace puisque l'expert n'accordera que 3 % d' I. P. P.

Dans ce cas particulier où eut lieu une expertise civile contradictoire, l'expert admet l'existence d'une anomalie du système veineux. " La crossectomie n'a pas entrainé qu'une thrombose des veines superficielles, mais aussi une thrombose des veines profondes satellites du nerf. Cette phlébite a entrainé la paralysie du nerf .... "

Le malade sera débouté de sa demande d'indemnisation en 1ère instance.

- Les conséquences pour les chirurgiens furent :

. 4 réclamations débouchant sur un règlement transactionnel (en moyenne 20 000 francs).

. 2 assignations avec expertise :

- l'une a déja été évoquée ci-dessus,

- l'autre fut défavorable pour l'opérateur. Il s'agissait d'une section du S. P. E. lors de la ligature d'un paquet variqueux en regard de la tête du péroné. L'expert relèvera une faute technique manifeste et les juges condamneront le chirurgien en 1ère instance à verser 25 900 francs de D. I. (1963).

Il apparait donc que l'étiologie de ces paralysies du S. P. E. dans le cadre de cette chirurgie du creux poplité n'est pas univoque.

. Si la section du nerf parait la cause la plus fréquente,

. La compression par un écarteur en cours d'intervention, éventuellement par un montant de la table, ou même par un bandage trop compressif en post-opératoire immédiat, est possible compte tenu de la situation superficielle de ce nerf.

. Reste la possibilité d'une " phlébite péri-nerveuse " évoquée dans une de ces affaires.

Les " drames vasculaires " au niveau du triangle de Scarpa (4)

1) Stripping des quatre saphènes chez une femme de 39 ans. Au niveau de la crosse d'une veine saphène, du fait d'une friabilité veineuse particulière, va se produire une plaie de la veine fémorale commune.

Le chirurgien ne parvient pas à faire l'hémostase et se trouve dans l'obligation de lier la veine fémorale commune; les anesthésistes ont les pires difficultés pour trouver une voie veineuse correcte et seront obligés de dénuder une artère radiale. La malade fait un arrêt cardiaque, récupère dans des délais satisfaisants.

Elle sera transférée et va mourir des conséquences, semble-t-il, du massage cardiaque externe.

Aucune réclamation. Affaire sans suite.

2) Stripping des deux saphènes internes chez une jeune femme de 20 ans. D'un côté au niveau du Scarpa on ne retrouve pas la veine saphène interne, mais " un vaisseau superficiel petit et fin qui sera cathétérisé puis strippé sur quelques centimètres seulement, car un saignement abondant oblige à interrompre ce stripping. Ligature des vaisseaux qui saignent au Scarpa ".

D'après les artériographies et les interventions faites ultérieurement on retrouvera :

. une section de l'artère fémorale superficielle,

. une obstruction partielle par ligature de l'orifice de l'artère fémorale profonde,

. une perte de substance de 5 cm au niveau de l'artère tibiale postérieure.

Il s'agit donc d'un stripping incomplet de l'axe artériel. A la 28ème heure, devant une ischémie aiguë du membre inférieur, le chirurgien décide le transfert en milieu spécialisé. Malgré les interventions de reconstruction vasculaire, cette jeune femme devra subir une amputation au 1/3 supérieur de la jambe.

Les experts reprochent surtout au chirurgien de n'avoir pas surveillé attentivement cette jambe après une intervention aussi délicate (en particulier l'absence de prise des pouls en post-opératoire).

I. P. P. de 60 % - les D. I. seront très élevés.

3) Chez un homme de 32 ans, stripping d'une veine saphène interne de bas en haut car la crosse veineuse n'est pas bien individualisée.

Au 2ème jour apparaissent des troubles vaso-moteurs au niveau de ce membre inférieur. Mais le chirurgien est absent et ce n'est qu'au 10ème jour qu'il réintervient au niveau du Scarpa. Il note alors que les battements artériels sont diminués et fait une sympathectomie péri-artérielle.

Transfert en service spécialisé 48 heures plus tard.

L'aortographie retrouve une thrombose des artères iliaques externe - fémorale commune et superficielle. Le malade va faire une septicémie à staphylocoque pathogène à point de départ inguinal. L'amputation haute de cuisse sera le seul recours possible. I. P. P. à 80 %.

L'expertise est intéressante à plusieurs titres :

D'abord on relève les mêmes reproches :

. absence d'examen phlébologique par l'opérateur lui-même avant l'opération.

. absence de surveillance post-opératoire chirurgicale.

. retard du transfert.

Ensuite car l'expert admet l'existence d'une " causalité partielle " ou perte de chance de guérison qu'il chiffre. " Les négligences n'ont pas été la cause unique de l'amputation subie par Monsieur X ... cependant on peut considérer qu'elles sont intervenues pour 25 % dans l'étiologie de l'amputation de cuisse qu'a dû subir Monsieur X .... ". Une réparation partielle (25 % du dommage) aurait donc été logique.

Les juges de 1ère instance considèrent qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre les négligences et l'amputation. Ils ont débouté le malade de sa demande. Celui-ci ayant fait appel, l'assurance préfère transiger à l'amiable sur la base de 70 000 francs. Cette somme correspond à 25 % du dommage corporel et se trouve donc conforme aux données de l'expertise.

4 - Le dernier dossier de cette série est tout aussi typique: Crossectomie saphène interne.

Reprise deux heures plus tard pour une hémorragie au niveau du Scarpa.

Le chirurgien constate que le moignon de la crosse veineuse a lâché. Pour faire l'hémostase il sera obligé de lier la veine fémorale commune. Cette ligature sera difficile au milieu d'un hématome important; le chirurgien lui-même n'exclut pas la possibilité d'une contusion du trépied artériel.

Ischémie aiguë post-opératoire et transfert en milieu spécialisé à la 48ème heure. Le seul recours, là encore, sera une amputation de cuisse. I. P. P. 75 %.

Les mêmes négligences seront relevées par l'expert (surveillance clinique post-opératoire insuffisante et retard du transfert).

Le chirurgien sera condamné en 1ère instance surtout pour une négligence dans la ligature de la crosse de la veine saphène interne (nœud insuffisamment serré ou ligature trop proche de la section). D. I. 184 950 francs (1965).

La chirurgie des varices peut, dans certains cas exceptionnels, poser des problèmes vasculaires complexes.

Dans ces cas l'opérateur, ayant réussi à faire l'hémostase - au besoin en

s'agrandissant largement - doit, s'il ne pense pas nécessaire d'adresser d'emblée son malade dans un service spécialisé pour un bilan des lésions, surveiller très attentivement ce membre. La prise des pouls en post-opératoire devrait permettre un transfert rapide.

Dans de tels cas (plaie veineuse - lésion du trépied artériel, voire stripping artériel) une chirurgie reconstructrice précoce a pu permettre d'éviter l'amputation.

Mises à part ces deux complications graves, nous avons également :

- Une malade qui discute l'indication d'une crossectomie avec sclérose des varices de jambes. Pour elle un stripping complet de la veine saphène interne aurait été préférable. Les experts confirment le bien-fondé des indications de la crossectomie. Désistement de la malade après expertise.

- Une réclamation et une assignation pour lésion du nerf saphène interne. Les experts refusent de considérer cet " incident banal " comme une faute, d'autant que la guérison totale en est habituelle en 2 - 3 ans.

Dans une de ces deux affaires la malade considérait que d'un côté elle avait été opérée contre son gré. Réclamation que les experts ne retiendront pas, les deux membres ayant été préparés 24 heures avant l'intervention ....

- Enfin une réclamation à cause d'une nécrose cutanée au niveau du pied, secondaire à une phlébographie prescrite par le chirurgien. L'affaire sera finalement traitée par l'assurance du radiologue.

Pour H. G. Beebe les complications les plus fréquentes au cours de la chirurgie des varices sont :

1 - les récidives des varices qui, d'après Lofgren, sont une fois sur trois le fait d'une insuffisance de dissection du Scarpa.

2 - les suppurations ou hématomes au niveau du Scarpa.

3 - par contre les Thromboses des veines profondes avec migration pulmonaire sont rares.

Nous n'avons aucune affaire concernant ce type de complication.

Le même auteur ne fait que citer le stripping ou la lésion de l'artère fémorale superficielle.

Tera a publié un cas d'atteinte de la veine fémorale commune et retrouvé à cette occasion dans la littérature douze cas semblables. Mais aucun de ces auteurs ne signale les lésions du nerf sciatique poplité externe.

CHIRURGIE DE LA GLANDE MAMMAIRE : 11	
GROUPE I	GROUPE II
B. E. 3 C. E. T. 2 C. N. T. 1	Lésions du plexus au cours d'un curage axillaire 2 Néoplasme méconnu 1 Mastose kystique bénigne prise pour un cancer 1 Réclamation injustifiée après exérèse d'un kyste galactophorique 1
TOTAL 6	TOTAL 5

CHIRURGIE DE LA GLANDE MAMMAIRE

Mis à part 3 B. E.

2 C. E. T.

1 Complication neurologique en rapport avec une mauvaise installation sur la table d'opération,

Nous avons :

2 lésions nerveuses au cours de curage axillaire

1 cancer du sein méconnu

1 mastose kystique benigne prise pour un cancer du sein

1 réclamation injustifiée après l'exérèse d'un volumineux kyste galactophorique.

Lésions des branches terminales du plexus brachial lors du curage axillaire au cours d'une intervention de Halsted.

1) Section presque complète reconnue en per-opératoire du nerf cubital. Malgré une suture immédiate, il n'y aura aucune ébauche de récupération neuf mois plus tard. Le chirurgien met au courant sa malade. Celle-ci va réclamer par l'intermédiaire d'un mandataire. Une expertise amiable admet l'existence d'une I. P. P. de 30 % chez cette femme de 30 ans. Règlement amiable sur la base de 100 000 francs.

2) Forci-pressure par pince hémostatique sur les nerfs médian et cubital au cours d'un curage axillaire hémorragique.

La paralysie s'installe progressivement. Réclamation sans mandataire de la malade. L'I. P. P. sera finalement de 40 % chez cette femme de 66 ans. Elle recevra 15 000 francs de dommages transactionnels.

Cancer du sein méconnu :

Dans ce dossier un gynéco-obstétricien est impliqué pour avoir méconnu un cancer du sein chez une femme de 31 ans.

La malade avait consulté pour un nodule mammaire d'apparition récente. Ce gynécologue l'ayant vue en consultation trois fois en sept mois considère cette lésion comme cliniquement bénigne et propose une surveillance régulière. La malade inquiète consulte un autre gynécologue qui fait le diagnostic de cancer du sein avec adénopathie axillaire.

Malgré une réclamation avec mandataire des époux pour erreur de diagnostic et retard dans le traitement, l'attitude conciliante du deuxième gynécologue fera que ce dossier restera sans suite.

Si dans ce dossier on peut regretter l'absence de mammographie plus précoce, l'affaire suivante (1962) est le fait d'une mammographie de mauvaise qualité interprétée dans le sens d'une lésion néoplasique alors qu'il s'agissait d'une

Mastose kystique bénigne.

Devant une volumineuse tumeur du sein adhérente aux plans profonds et en fonction des données de la mammographie évoquant une lésion néoplasique le chirurgien va faire une amputation du sein avec curage axillaire, sans examen anatomo pathologique extemporané.

L'examen anatomo-pathologique post-opératoire rectifiera le diagnostic.

Or cette malade va développer une bride axillaire avec algies cervico-brachiales et gros bras. Ces troubles auront un retentissement psycho-affectif important chez cette femme de 41 ans.

Le chirurgien sera assigné pour :

- erreur de diagnostic
- absence d'extemporané
- amputation mammaire inutile
- et surtout absence de consentement éclairé avant cette amputation.

A l'expertise le chirurgien va reconnaitre le bien fondé de ce dernier reproche, ce qui sera noté comme il se doit par l'expert dans son rapport.

Quant au problème de l'examen anatomo-pathologique extemporané, l'expert de l'époque (1964) le concevait de la manière suivante : en l'absence de ponction biopsique per-opératoire, dans l'impossibilité où le chirurgien se trouve de faire un examen extemporané, celui-ci aurait dû faire une tumorectomie large et ayant obtenu le résultat anatomo-pathologique dans les 48 heures, éventuellement compléter l'intervention si nécessaire, la malade ayant été prévenue de la possibilité d'une réintervention précoce.

Le chirurgien sera condamné en 1ère instance et en appel après une procédure étalée sur six années, pour :

- insuffisance de diagnostic en particulier anatomo-pathologique
- traitement inadéquat et disproportionné.

D. I. 88 000 francs.

Exérèse d'un volumineux kyste galactophorique bénin :

Ce kyste sera enlevé par une incision sous-mammaire chez cette névropathe célibataire de 36 ans.

Elle assigne son chirurgien car elle estime qu'elle a subi une amputation injustifiée du sein et pour laquelle elle n'avait pas donné son consentement.

En fait chez cette femme maigre il existe tout au plus une discrète assymétrie.

En dehors du problème du consentement que les experts ne peuvent résoudre, leur rapport ne contient aucun reproche vis-à-vis du chirurgien.

La malade sera déboutée de sa demande en 1ère instance et en appel.

Dans le cadre de ces affaires médico-légales la chirurgie mammaire pose trois problèmes qu'il était facile de prévoir.

1 - celui de la mammographie, examen qui doit être systématique devant toute lésion suspecte mais qui doit être de bonne qualité si l'on veut que son inter-

prétation elle-même délicate soit correcte.

2 - celui de l'examen histologique extemporané qui en 1974 devrait ne plus poser de problèmes dans sa réalisation.

En matière de lésion mammaire la ponction biopsique ou la drill biopsie peuvent être d'un grand secours.

Il est évident que l'on ne peut décider d'une amputation du sein sans certitude histologique. Si vraiment on ne peut disposer d'un examen anatomo-pathologique extemporané, l'attitude qui consiste à faire dans un premier temps une tumorectomie quitte à amputer le sein deux jours plus tard est parfaitement défendable.

3 - c'est le problème du consentement éclairé qui, dans ce domaine, se limite à ne pas amputer un sein sans en avoir demandé l'autorisation à la malade, éventuellement en présence d'une tierce personne.

CHIRURGIE DE LA GLANDE THYROIDE (3)

- Accident d'utilisation du bistouri électrique (1)
- Paralysie récurrentielle (1)
- Crise aiguë post-opératoire (1)

Paralysie récurrentielle :

Après lobectomie extra-capulaire, pendant les dix jours de l'hospitalisation, aucun trouble de la voix ne fut noté. C'est secondairement qu'une dysphonie importante est apparue. L'examen O. R. L. confirmera l'existence d'une paralysie récurrentielle.

Malgré la rééducation cette dysphonie restera inchangée trois ans après. Nous ne connaissons pas encore les résultats de l'expertise amiable.

Le risque récurrentiel est de 1,5 % pour Ph Blondeau.

Il est certain que l'état clinique de la voix en post-opératoire préjuge mal de l'intégrité du récurrent et seul l'examen laryngoscopique post-opératoire a de la valeur (8ème jour).

Dans le cas qui nous intéresse, on ne sait pas si la paralysie récurrentielle existait d'emblée ou si elle est apparue plusieurs semaines plus tard.

Dans le premier cas on est obligé d'évoquer une faute technique :

. section plus ou moins explicable par une anomalie acquise en rapport avec l'affection thyroïdienne, beaucoup plus rarement explicable par une anomalie anatomique congénitale :

. étirement du nerf

. écrasement par une pince hémostatique

. englobement dans une ligature.

Dans la deuxième hypothèse, il peut s'agir d'un nerf englobé dans un processus cicatriciel ou néoplasique en cas de lésion maligne de la glande thyroïde.

Toutes ces considérations apparaissent importantes pour la conduite de l'expertise.

Crise aiguë post-opératoire mortelle :

24 heures après une thyroïdectomie sub-totale pour hyperthyroïdie chez une femme de 36 ans (1971).

Le traitement médical pré-opératoire comportait uniquement des neurovégétatifs mineurs. Les détails du traitement de cette crise post-opératoire ne nous sont pas connus.

Plainte contre X pour insuffisance de surveillance post-opératoire.
Non lieu du juge d'instruction sur les données du procès verbal.

De tels accidents sont devenus très rares depuis que les malades subissent une meilleure préparation pré-opératoire et depuis l'utilisation des anti-thyroïdiens de synthèse, ce qui ne semble pas avoir été le cas dans le dossier présenté ci-dessus.

CHIRURGIE D'EXERESE DES KYSTES

ADENOPATHIES ET TUMEFACTIONS LATERO-CERVICALES (9)

- Accident d'utilisation du bistouri électrique (5)
- Erreur d'intervention (1) (ablation d'une adénopathie au lieu d'un petit kyste du lobule de l'oreille).
- Lésions nerveuses (7)

1 - branche externe du nerf spinal (4)

2 - plexus brachial ou ses racines d'origines (2)

3 - nerf facial (1)

Lésions nerveuses au cours de cette chirurgie latéro-cervicale (7)

Une remarque s'impose tout d'abord :

. 4 fois le diagnostic pré-opératoire n'est pas exact. Il est rectifié soit en per-opératoire, soit par l'examen anatomo-pathologique post-opératoire.

Or les chirurgiens en pré-opératoire ne sont pas prudents. Soit ils alarment inutilement l'entourage, soit au contraire ils rassurent imprudemment le malade. L'erreur de diagnostic sera d'autant moins bien admise par le patient que l'intervention se solde par une complication nerveuse.

Nous allons présenter 7 de ces observations:

Lésion du nerf facial (1)

Atteinte du nerf facial au cours d'une sous-maxillectomie pour sous-maxillite chronique. Lors de l'abord de la glande, la branche inférieure du nerf facial doit être ménagée. En fait dans ce type de chirurgie les deux nerfs les plus

menacés sont le grand hypoglose et le nerf lingual.

Nous n'avons pas de dossier concernant l'atteinte de ces nerfs. Le malade n'a pas réclamé.

Lésion du plexus brachial (2)

Les deux atteintes plexiques correspondent à l'exérèse de tumeur nerveuse.

1 - un neuroglioblastome

2 - un neurinome de C5 C6

1) Le neuroglioblastome avait fait évoquer en pré-opératoire un kyste sébacé, en per-opératoire une tumeur maligne du creux sus-claviculaire. Le chirurgien signale que cette tumeur semblait envahir ou se développer à partir du tronc du plexus brachial. Son exérèse sera cependant complète. Il s'ensuit une paralysie partielle du membre supérieur.

Le tribunal de grande instance se déclare incompétent et renvoie les parties devant le tribunal administratif.

2) L'histoire du neurinome de C5 C6 est plus complexe.

Il s'agissait d'une femme de 42 ans porteuse d'un ganglion cervical isolé, irradiée vingt six ans auparavant pour une maladie de Hodgkin (irradiation contro-latérale, cervicale, inguinale et médiastinale).

Le chirurgien extirpe cette tumeur malgré l'existence de connections nerveuses évidentes en per-opératoire. L'anatomo-pathologiste répond neurinome. Une paralysie de type C5 C6 est évidente au réveil. La malade devra subir deux interventions palliatives pour paralysie du deltoïde et du biceps.

L'affaire va se développer sur le plan pénal après un échec de transaction amiable et une tentative infructueuse de procédure civile.

Les experts retiennent à l'encontre du chirurgien une faute psychologique. Le chirurgien aurait dû associer la famille à sa décision d'exérèse et l'informer en cours d'opération. Mais les experts refusent d'admettre qu'il y a eu maladresse

ou imprudence, ou négligence, ou inattention.

Il fixe une I. P. P. de 40 %.

Les juges du tribunal correctionnel vont relaxer le chirurgien. La faute psychologique admise par les experts ne sera pas prise en considération. Ce reproche aurait pu avoir son importance dans un débat civil roulant sur l'exécution de l'obligation issue du contrat de soin mais pas dans un débat pénal (1970).

Cependant très souvent les juges du pénal admettent l'existence du contrat de soin. Il leur suffit d'assimiler les inobservations des réglements (pénal) aux inobservations des règles professionnelles, c'est-à-dire au contrat de soin.

Dans l'affaire qui nous intéresse le chirurgien fut donc relaxé en correctionnelle.

Lésion de la branche externe du nerf spinal (4)

Les quatre dossiers sont à peu près superposables sur le plan médical, mais leurs conséquences juridiques sont tout à fait différentes.

1) Biopsie- exérèse large de deux ganglions accolés d'un centimètre chacun de diamètre adhérant en profondeur aux vaisseaux jugulo-carotidiens.

La paralysie partielle du muscle trapèze justifie pour les experts une I. P. P. de 7 %. Ils évoquent la possibilité d'un étirement du nerf. Les juges réinterrogent l'expert pour savoir si un autre ganglion n'aurait pas pu être prélevé mais la malade se désiste.

2) Tumeur, suspecte de malignité, latéro-cervicale. Le malade est prévenu qu'il s'agit d'une lésion " peut-être dangereuse ". Grande voie d'abord d'évidement jugulo-carotidien permettant l'exérèse d'une tumeur friable mal limitée. Il s'agit d'un angiolipome bénin. Une atrophie partielle du muscle trapèze va apparaitre progressivement. En même temps la tumeur récidive.

Les experts ne relèvent aucune faute, admettent une I. P. P. de 5 %. Les juges suivront l'avis des experts en déboutant l'adversaire de sa demande.

3)Excision sous anesthésie locale et en urgence d'un kyste sébacé suppuré de la région latérale du cou.

Une suppuration locale va persister quelques temps en même temps qu'apparait une atrophie du faisceau moyen du muscle trapèze. L'expert, sur assignation du chirurgien, concluera à l'existence d'une faute du fait d'une blessure opératoire de la branche externe du nerf spinal. Le chirurgien sera condamné en première instance à verser 9. 700 francs de D. I. et sur appel de la partie adverse à verser 16 200 francs de D. I.

4) Exérèse sans problème " simple et claire " d'un volumineux lipome de la base du cou. Pour l'anatomo-pathologiste, il s'agit d'une lipomatose dont la nature récidivante et infiltrante locale est à considérer. Deux mois plus tard apparait une amyotrophie du trapèze. L'examen électrique confirmera l'atteinte du nerf spinal. Quatre mois plus tard un nouvel examen électrique montrera une amélioration. Ce qui étonne dans l'hypothèse où la branche externe du nerf spinal aurait été sectionnée. Assignation du chirurgien.

L'expert dira :

. que la lésion du nerf spinal gauche est consécutive à l'intervention, vraisemblablement du fait d'une compression mais qu'il n'y a pas de faute. Les juges condamneront le chirurgien en première instance à verser 19 100 francs de D. I. pour

1 - défaut d'adresse qui engage la responsabilité contractuelle de l'opérateur;

2 - pour n'avoir pas pris toutes les précautions qui s'imposaient pour localiser le nerf.

On a l'impression qu'il suffit pour l'expert de mettre dans son rapport à la place de " forcipressure du nerf par pince "; " simple étirement du nerf " et les juges, en toute logique, rendront un verdict différent.

Le rôle de l'expert sera donc de décider s'il interprète une telle paralysie comme étant le fait :

- d'un étirement du nerf,
- d'une compression instrumentale (sous entendu par écarteur)
- d'une forcipressure par pince hémostatique,
- d'une section totale ou partielle,
- d'un englobement cicatriciel
- d'un envahissement néoplasique

C'est une tâche bien délicate et lourde de conséquences.

Nous serions tentés de dire que la branche externe du nerf spinal est " fragile " comme l'est le S. P. E. car c'est un nerf superficiel.

L'anatomie nous apprend qu'après avoir croisé en arrière ou en avant la veine jugulaire interne, la branche externe du nerf spinal atteint le bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien à la partie moyenne du cou pour certains, 4 centimètres sous la pointe de la mastoïde pour d'autres. Puis en oblique en bas et en arrière, il traverse la partie moyenne du creux sus-claviculaire dans la couche cellulo-ganglionnaire satellite de l'aponévrose cervicale moyenne. Dans ce segment compris entre le bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien qu'il quitte et le bord antérieur du muscle trapèze qu'il n'a pas encore atteint, le nerf est très superficiel. Enfin il s'enfonce sous le muscle trapèze à 2 ou 3 cm au-dessus de la clavicule.

Cette branche externe du nerf spinal fournit toute l'innervation motrice des muscles sterno-cléido-mastoïdien et du muscle trapèze. Sa section ou sa contusion auront donc des conséquences fonctionnelles préjudiciables.

Plusieurs points apparaissent intéressants :

1 - l'atteinte musculaire ne se manifeste que vers les 2ème, 3ème mois devant une amyotrophie musculaire. Ceci fait que bien souvent le chirurgien refuse d'admettre la réalité de l atteinte nerveuse jusqu'a l'examen électrique.

Cette " deuxième erreur de diagnostic " n'améliore pas les relations du chirurgien avec son patient.

2 - la lésion du nerf doit être le plus souvent très périphérique car l'atteinte musculaire correspond au trapèze et plus précisément à son faisceau moyen. C'est donc dans la partie basse et postérieure du creux sus-claviculaire que ce nerf paraît le plus exposé.

Cette chirurgie des kystes, adénopathies et tuméfactions latérales du cou est une chirurgie qui ne soit pas être négligée. Outre qu'elle impose une anesthésie générale avec intubation, elle nous semble pouvoir mériter quelques précautions oratoires avant l'intervention (ne serait-ce qu'en raison de troubles sensitifs possibles du fait des branches du plexus cervical superficiel), compte tenu de la possibilité de lésions nerveuses mais aussi compte tenu des surprises per-opératoires histologiques toujours possibles.

Cette dernière possibilité devrait faire plus souvent recourir à un examen histologique extemporané au cours de cette chirurgie.

BRULURE

Nous n'avons que deux affaires concernant des brûlures :

1) Une brûlure du deuxième degré superficielle (10 % de la surface corporelle) chez une petite fille de 4 ans , sans antécédents pathologiques particuliers.

Au deuxième jour, sans signe précurseur, apparait une hyperthermie à 40° avec des convulsions et un encombrement trachéo-bronchique brutal.

Arrêt cardiaque et décès.

Les parents portent plainte contre X.

Non lieu du juge d'instruction sur les données du procès-verbal.

2) Brûlure étendue (35 %) du deuxième degré chez une enfant d'un an. La réanimation est confiée à l'anesthésiste. 24 heures après l'admission en clinique l'enfant est transférée dans un service spécialisé pour oligo-anurie. Elle mourra un mois plus tard d'une septicémie à staphylocoque . Les parents menacent verbalement le chirurgien. En effet dans le service où séjourna l'enfant, on aurait dit à ceux-ci que pendant le court séjour à la clinique les soins locaux avaient été inadéquats (désinfection avec du mercurochrome) et que d'autre part le transfert aurait dû être immédiat.

Il est indéniable que les brûlures étendues imposent un transfert rapide dans un service spécialisé. Un pansement stérile et une réanimation immédiatement entreprise au moyen d'une bonne voie veineuse autorisant un transfert dans les plus brefs délais.

CHIRURGIE INFANTILE

Si on relève les actes chirurgicaux chez les enfants de moins de dix ans nous notons 15 affaires :

- Appendicectomie (7)
- Cure de hernie inguinale (1)
- Chirurgie préputiale (2)
- Divers (3)

et

- Une hernie congénitale de la coupole diaphragmatique gauche
- Une occlusion néo-natale par atrésie du grêle

C'est parce que ces deux dernières observations posent le problème de la chirurgie infantile " lourde " en pratique privée que nous avons isolé ce chapitre.

Hernie diaphragmatique congénitale :

Il s'agit d'un nourrisson de quatre mois, hypotrophique, vomisseur depuis sa naissance. Le chirurgien (généraliste exerçant dans une petite ville de province) évoque une sténose du pylore sur les caractères des vomissements et sur une radio d'abdomen sans préparation de mauvaise qualité.

Lors de l'intervention il découvre une hernie diaphragmatique congénitale de la coupole gauche vraisemblablement avec sac et persistance d'un mésentère commun. Il se contente de réduire les viscères creux herniés, pensant préférable de reporter à une date ultérieure la cure de la hernie. L'enfant meurt quelques heures plus tard dans des circonstances peu précises.

Les parents portent plainte pour homicide involontaire.

Le rapport des experts sera accablant. Ils vont reprocher au chirurgien :

1 - une erreur de diagnostic par insuffisance de connaissance pédiatrique;

2 - une insuffisance technique;

3 - une insuffisance de surveillance post-opératoire avec absence de réanimation conforme aux données actuelles de la science médicale.

La plupart des chirurgiens infantiles consultés à propos de cette affaire considèreront le chirurgien comme indéfendable et lui reprocheront surtout de ne pas avoir transféré ce nourrisson.

Condamnation par le tribunal correctionnel en 1ère instance et malgré un appel à 1 000 francs d'amende et 1 500 francs de D. I. pour insuffisance de soins, les juges admettant de larges circonstances atténuantes du fait de la grande dénutrition de l'enfant.

Occlusion néo-natale par atrésie du grêle :

Chez un nouveau-né de deux jours. Décès dans la nuit suivant l'intervention, malgré les soins attentifs de l'anesthésiste qui se déplacera lui-même deux fois.

Cette affaire est très intéressante à plusieurs titres :

. La compétence du chirurgien n'est ici pas contestée. Il fit une partie de son internat et de son clinicat dans des services de chirurgie infantile parisiens;

. La famille avait parfaitement été mise au courant des aléas de cette chirurgie néo-natale.

. Mais les parents lui reprochent de n'avoir pas participé lui-même à la réanimation post-opératoire. Celle-ci fut réalisée par un anesthésiste ayant une bonne connaissance de cette réanimation particulière. Les experts considèrent cette répartition des responsabilités comme normale.

. Par contre un autre reproche des parents va avoir plus de poids et être au centre du débat civil : " avoir accepté d'opérer cet enfant

fragile dans une clinique ne permettant pas à celui-ci de bénéficier dans les suites opératoires de soins dispensés par un personnel hautement qualifié ". C'est-à-dire que l'on reproche l'absence de garde spéciale par une infirmière diplômée dans les suites opératoires immédiates.

Ce reproche va soulever deux questions :

1 - la prescription d'une garde spéciale relevait-elle du chirurgien ou de l'anesthésiste ?

En cassation les juges considèrent que c'est à l'anesthésiste-réanimateur de prévoir cette garde spéciale et relèvent donc à son encontre une faute.

2 - existe-t-il un lien de causalité entre cette faute et le dommage mortel ?

Les experts qui admettent cette faute ne peuvent se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité.

Sur appel de la partie adverse, le chirurgien et l'anesthésiste seront condamnés in solidum pour perte de chance de survie du fait de l'absence de surveillance post-opératoire soigneuse.

En cassation les magistrats refuseront d'admettre que " la carence de soins prive toujours le malade d'une chance de survie ". Ils considèrent qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre la faute et le préjudice; ils déboutent les parents de leur demande. Cet arrêt de la Cour de cassation est de 1969. Il faut signaler également que le père de la victime était avocat.

Ces deux affaires sont schématiques. Elles ont permis aux experts de répéter que cette chirurgie infantile lourde (surtout néo-natale) imposait :

. une information loyale des parents sur ses risques;

. une formation spéciale pour les chirurgiens et les réanimateurs

. une surveillance post-opératoire parfaite.

Lorsqu'une de ces conditions ne peut être remplie, l'absence de transfert en milieu spécialisé est alors une faute indéfendable.

CHIRURGIE PULMONAIRE

Un seul accident concerne cette chirurgie. Il s'agit d'une segmentectomie pulmonaire pour tuberculose chez un homme de 25 ans. Ce jeune homme a fait au quatrième jour une hémiplégie. Cet accident neurologique va régresser complètement.

Il assigne cependant son chirurgien mais ne se présentera jamais à l'expertise.

PLAIE DES PARTIES MOLLES (5)

- Sérum antitétanique S. A. T. en cause (2)
- Régularisation insuffisante (1)
- Méconnaissance d'une fracture sous-jacente (1)
- Lésion d un nerf lors de l'exploration (1)

Affaires concernant l'absence ou la prescription inopportune d'un S. A. T.

1) Absence de S. A. T. chez une femme de 50 ans vivant en milieu rural et simplement plâtrée pour une fracture d'un orteil avec minime plaie cutanée. La malade ne restera pas à la clinique. Décès au 15 ème jour dans un service spécialisé: Tétanos.
Réclamation (1971) suivie d'un règlement amiable sur la base de 70 000 francs.

2) Sérum antitétanique prescrit chez un enfant de 12 ans pour une plaie du cuir chevelu. Cet accident est survenu à l'école; il est donc accompagné par

un responsable de cet établissement. Or cet enfant était un ancien asthmatique, stabilisé à cette époque et le S. A. T. va entraîner la reprise des crises d'asthme. La famille met en cause la responsabilité de l'établissement scolaire car cette contre-indication était mentionnée dans son dossier médical.

L'assurance de l'établissement considère que c'est la responsabilité du chirurgien qui est engagée.

La famille se retourne donc contre ce chirurgien. Désistement après échange de courrier entre l'assurance et les parents.

Parmi les trois autres dossiers :

1) un remplaçant n'aurait pas suffisamment régularisé une plaie de la plante du pied. Le chirurgien, de retour, préfère mettre franchement à plat.

Réclamation sans suite.

2) plaie du dos de la main droite simplement suturée. Une fracture peu déplacée de la première phalange du quatrième doigt est méconnue pendant trois semaines.

Assignation du chirurgien. Désistement des parents après l'expertise.

3) Ablation sous amplificateur de brillance d'un corps étranger métallique au niveau d'une arcade sourcillière. Ce corps étranger était présent depuis dix jours. Après son ablation apparition d'un ptosis partiel de la paupière supérieure (I. P. P. 10 % - préjudice esthétique moyen - pretium doloris léger). L'assurance accepte un règlement amiable sur la base de 13 000 francs.

TUMEUR DES PARTIES MOLLES (1)

Exérèse limitée sous anesthésie locale d'une tumeur de la partie supérieure de la cuisse.

Le chirurgien pense qu'il s'agit d'un lipome. En fait cette tumeur est un lipomyxosarcome. (Le malade en question est un médecin). On lui remet un compte rendu anatomo-pathologique lénifié évoquant un " myxome encapsulé ".

Le chirurgien lui propose une réintervention pour " exérèse plus large " afin d'éviter les récidives (pour "exploration" d'après le malade)

Une exérèse large des tissus sera faite avec greffe d'emblée mais la cicatrisation va être lente.

Ce médecin va réclamer car il a subi une intervention mutilante sans son consentement et parce que, pour lui, la tactique adoptée ne fut pas bonne.

. s'il s'agissait d'une tumeur bénigne l'exérèse fut trop large;

. s'il s'agissait d'une tumeur maligne il ne comprend pas qu'on ne lui ait pas fait de curage ganglionaire inguinal.

A la suite d'une expertise amiable l'affaire demeurera sans suite. Les experts n'envisagent qu'un seul reproche possible à l'encontre du chirurgien : ne pas avoir mis au courant ce médecin de la nature maligne de sa lésion ....

ETUDE DES AFFAIRES DU GROUPE I

AVEC SUCCESSIVEMENT :

- LES ACCIDENTS D'UTILISATION DU BISTOURI ELECTRIQUE (35)

- LES CORPS ETRANGERS TEXTILES (32) ET METALLIQUES (16)

- LES COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES EN RAPPORT AVEC UNE MAUVAISE INSTALLATION DU MALADE SUR LA TABLE D'OPERATION (29)

- LES ARRETS CARDIAQUES EN SALLE D'OPERATION (14)

- LES ERREURS D'INTERVENTION OU DE MALADE (5)

- LES ACCIDENTS OU INCIDENTS SURVENUS EN SALLE D'OPERATION (80 DONT 12 ....)

CHIRURGIE VISCERALE : 333		
GROUPE I		GROUPE II
B. E.	34	
C. E. M.	18	
C. E. T.	35	
C. N. T.	29	175
A. C.	13	
I. E. M.	9	
DIVERS	20	
TOTAL	158	175

LES ACCIDENTS D'UTILISATION DU BISTOURI ELECTRIQUE (35)

Nous avons 35 accidents d'utilisation du bistouri électrique (B. E.) soit 10,5 % de l'ensemble de nos affaires.

Ces accidents sont de plus en plus fréquents (2/3 des affaires dans les quatre dernières années).

Si dans l'ensemble leurs conséquences ne furent pas dramatiques (nous n'avons aucun décès par électrocution), le préjudice esthétique est souvent important et surtout les brûlures ainsi occasionnées nécessitent des traitements qui immobilisent parfois fort longtemps les malades.

Cette incidence esthétique explique que sur ces 35 dossiers 22 concernent des femmes. Il existe deux types d'accidents très différents :

1 - l'inflammation du produit utilisé pour désinfecter le champ opératoire, inflammation qui se propage au champ de voisinage.

2 - les brûlures, au niveau de la plaque du B. E. ou en un point contact entre l'opéré et un élément métallique de la table, qui sont le fait d'une coupure ou d'un mauvais raccordement du circuit plaque.

1) Inflammation du produit utilisé pour désinfecter le champ opératoire (18)

16 fois ce produit était de l'alcool ou contenait de l'alcool. 2 fois il s'agissait d'éther.

Les interventions dans lesquelles ces accidents se produisent peuvent être classées dans deux groupes :

- Les électro-coagulations de verrues ou de petites tumeurs cutanées (7) au niveau des mains ou du visage.

Il s'agit toujours d'un geste complémentaire, rapidement mené, après une autre intervention. Le produit largement utilisé s'accumule entre les doigts ou de chaque côté du cou. Le bistouri électrique, déja branché, est mis en marche alors que le produit n'est pas sec et ses vapeurs prennent feu.

- utilisation du B. E. lors de la chirurgie gynécologique par voie basse (électro coagulation du col ou cure d'une bartholinite (3), de la chirurgie des organes génitaux de l'homme (3), ou lors de la chirurgie de l'anus (hémorroïdes) (2). Dans ces cas (11) le mécanisme est identique : le produit stagne dans les plis et s'évapore lentement.

Les brûlures se font toujours au même endroit : organes génitaux externes - périné - faces internes des cuisses.

17 fois sur 18 l'accident se produit en début d'intervention. Dans 2 cas il s'est même produit en l'absence du chirurgien (L'aide ayant installé le champ opératoire et la panseuse essayant le bistouri électrique).

Ces brûlures peu étendues sont souvent profondes (8 fois sur 11 du 3ème degré au 2ème degré profond) et dans 4 cas une greffe secondaire fut indispensable.

Les conséquences pour le chirurgien furent :

. 3 assignations avec 2 fois sa condamnation (20 000 francs et 35 000 francs); la troisième affaire est en cours.

. 8 réclamations avec 6 transactions amiables sur la base de 10 900 francs en moyenne (minimum 7 500 francs, maximum 14 250 francs).

. 7 déclarations par prudence de l'opérateur qui restèrent sans suite.

2) Les brûlures au niveau de la plaque ou en un point de contact entre l'opéré et un point métallique de la table (17)

A) 8 fois la brûlure se produit au niveau de la plaque du B. E. qui était placée

- sous un mollet (3)
- sous un talon (1)
- ou incomplètement glissée sous une seule fesse (1).
- Dans un cas cette plaque était au contact d'un étrier.

Nous n'avons qu'une seule assignation à la suite d'une brûlure par une plaque de B. E. mal installée. Cette affaire est en cours mais pour l'expert la responsabilité du chirurgien est engagée par cette " fausse manœuvre en salle d'opération " (expertise civile contradictoire d'avril 1974).

Ces brûlures s'avèrent pratiquement toujours être du 3ème degré bien qu'initialement elles soient assez rassurantes.

B) 8 fois c'est un élément métallique de la table qui est en cause

Dans ces cas il s'agit d'intervention nécessitant une autre position sur la table que le décubitus dorsal standard.

Siège de la brûlure : hanche, malléole externe, creux poplité lors de la chirurgie gynécologique, région deltoïdienne, avant-bras, doigts.

Ces brûlures sont également toujours profondes. Nous avons même chez une jeune fille de 14 ans une brûlure des 3ème et 4ème doigts de la main droite avec amputation secondaire (I. P. P. 20 %).

3 fois le chirurgien fut assigné par le malade et nous avons deux condamnations :

. Affaire ci-dessus évoquée chez cette jeune fille de 14 ans qui

a dû être amputée de deux doigts. La compagnie d'assurance ne conteste pas la responsabilité du chirurgien. Condamnation. D. I. 55 000 francs.

. Brûlure importante du moignon de l'épaule chez un enfant de 3 ans 1/2. 10 000 francs.

3) Dans trois cas seulement il a pu être montré que le fonctionnement du B. E. était défectueux ou anormal :

1 - Le contrôle du B. E. par la pédale double est défectueux. Il fonctionne à contre temps, d'où trois brûlures punctiformes au niveau du creux inguinal. La responsabilité de la clinique est engagée.

2 - Les câbles étaient tous correctement branchés, la plaque normalement au contact du malade sous les fesses. Mais en vérifiant les câbles, un ingénieur constate que celui qui réunit la plaque à la table, c'est-à-dire à la terre, était coupé bien que la gaine isolante ne soit pas rompue.

La brûlure était donc secondaire à une tension haute fréquence entre le malade et la table due à cette rupture du conducteur de liaison. Responsabilité de la clinique engagée.

3 - Au cours de la cure d'une fistule anale le chirurgien utilise le bistouri électrique. Le fil du B. E. est directement en contact avec la cuisse de la malade sur toute sa longueur. En fin d'intervention on découvre une brûlure du 3ème degré, linéaire de 25 cm sur la face antérieure de la cuisse, correspondant au contact du fil.
L'oxyde d'éthylène utilisé pour stériliser le fil ne peut être mis en cause car le délai d'utilisation de 12 h a été respecté et d'autre part l'oxyde d'éthylène ne peut rendre la gaine isolante conductrice.

Par contre, une telle brûlure peut se produire éventuellement lorsque le fil est en contact étroit avec les tissus et en cas d'utilisation prolongée en

coupe, (la fréquence étant plus élevée qu'en coagulation). La maison ayant fourni ce B. E. constate que dans de telles conditions il apparait un effet de diathermo-coagulation. Affaire en cours.

Un bistouri électrique comprend :

pour la section : un circuit oscillant avec génération d'ondes entretenues;
pour la coagulation : un circuit oscillant avec éclateur et ondes amorties.

En coagulation monopolaire, qui est le mode d'utilisation habituelle en chirurgie (la coagulation bipolaire est utilisée en neurochirurgie et en ophtalmologie), le patient est inséré dans le circuit oscillant entre la plaque indifférente mise à la terre et reliée à une extrémité du secondaire du circuit et l'électrode active reliée à l'autre extrémité de sortie du bistouri.

Dans ce cas le courant haute fréquence traverse le patient (ce qui n'est pas le cas en coagulation bipolaire) et donne une coagulation profonde et diffuse. La plaque placée sous le patient mise à la terre en étant connectée à la table elle-même à la terre, doit toujours être reliée à la prise plaque du bistouri.

Faute de cette observation on connaitra des brûlures graves, car le retour du courant se fera par le contact d'un des membres du malade avec la table. Ce contact de surface réduite rend compte de certaines brûlures graves.

Si la plaque est mal placée sous l'ensemble fessier, ou placée sous un mollet mais non fixée par une bande, des brûlures graves peuvent se produire.

Enfin, bien que nous n'ayons pas de cas de ce genre, il faut savoir que lorsque la surface plaque patient est faible le retour de courant peut se faire par une prise capteur de contrôle physiologique si celui-ci est à la terre.

Certains bistouris modernes sont équipés d'un dispositif d'alarme en cas de coupure ou de mauvais raccordement du circuit plaque.

Sur ces 35 affaires 12 seulement nécessitèrent le versement de D. I. au malade. Cela représente tout de même 201 500 francs, soit 16 800 francs par accident. Le chirurgien doit savoir que la plupart de ces accidents engagent sa responsabilité; non seulement l'inflammation du produit utilisé pour désinfecter le champ opératoire mais aussi la mauvaise installation du bistouri électrique.

CORPS ETRANGERS TEXTILES (32)

Nous avons 32 corps étrangers textiles, ce qui correspond à 10 % de l'ensemble de nos dossiers.

Toutes les interventions sont exposées à ce type d'oubli mais si nous relevons les corps étrangers textiles du petit bassin on en retrouve 17 sur 32 qui se répartissent ainsi :

- césarienne 6
- chirurgie gynécologique 5
- prolapsus génital (voie basse) 3
- amputation abdomino-périnéale ou résection antérieure du rectum 2
- taille vésicale 1

La chirurgie du pelvis apparait donc particulièrement menacée par ce genre d'incident.

Les autres interventions en cause sont :

- appendicectomie 3
- chirurgie des voies biliaires 3
- gastrectomie 1
- néphrectomie 1
- cure chirurgicale d'une hernie inguinale 1
- exérèse d'un kyste mammaire 1

. crossectomie saphène interne 2

. changement d'une pile de Pace-maker 1

Ces corps étrangers textiles étaient :

12 fois une seule compresse,

4 fois plusieurs compresses, voire un paquet de compresses,

3 fois une mèche (type mèche à prostate)

5 fois un champ abdominal,

2 fois deux champs abdominaux,

6 fois la nature exacte du corps étranger n'est pas connue (compresse abdominale ou mèche ?)

Les compresses sont d'emblée mal tolérées une fois sur deux. Il s'agit alors de fièvre inexpliquée, de suppuration locale profonde et peut être encore plus souvent d'une suppuration pariétale; mais nous avons également une occlusion post-opératoire et deux fistules digestives sur C. E. T.

Une seule fois une compresse fut parfaitement tolérée neuf ans après une laparotomie pour péritonite appendiculaire.

Les champs furent tous d'emblée mal supportés.

Ce n'est qu'au bout de huit mois en moyenne que ces C. E. T. s'éliminèrent spontanément ou furent enlevés chirurgicalement. Ce chiffre s'abaisse à deux mois lorsqu'il s'agit des champs.

Dans 8 cas sur 32 on note un début ou une élimination spontanée

. les C. E. T. du pelvis migrent vers les organes creux (rectum = 3 vagin = 2) et s'éliminent par les voies naturelles.

Les autres C. E. T. ont tendance à s'éliminer par la médiane (2)

24 fois (3/4 des cas) ils furent enlevés par

. l'opérateur lui-même (4)

. un autre chirurgien (15)

. une infirmière à domicile (5)

Sur les 19 C. E. T. extirpés par un chirurgien, 16 le furent sous anesthésie générale, 3 sous anesthésie locale par l'opérateur lui-même.

Nous n'avons pu obtenir de renseignements sur les conditions de ces exérèses chirurgicales.

Lorsque ces C. E. T. furent enlevés sous anesthésie générale par un autre chirurgien, on n'a pratiquement aucun renseignement sur les circonstances du diagnostic, sur les conditions de l'exérèse chirurgicale; par contre le corps étranger est toujours remis au patient.

Les conséquences pour les malades sont difficiles à préciser. La seule chose que nous pouvons noter c'est que nous n'avons aucun décès dans les suites immédiates et que lorsque le préjudice fut évalué par expert, il l'était de la façon suivante :

I. P. P. 20 % = 3 fois

12 % = 2 fois

nulle = 3 fois

Préjudice esthétique : nul (1 négligeable)

Pretium doloris : moyen ou important

Dans 2/3 des affaires le malade n'a fait que réclamer des dommages et intérêts mais nous avons également 7 assignations et une plainte.

. Les assignations du chirurgien se sont soldées par :

1) - 4 condamnations: pour deux champs : 31 000 francs

76 500 francs

pour des compresses : 29 000 francs

3 400 francs

2) - Un règlement amiable après expertise : 20 600 francs

3) - Un débout de la partie adverse. Il semble que la compresse avait été mise secondairement par une infirmière lors des soins pour une hystérectomie par voie vaginale.

. Plainte contre X : sans suite

Les dommages et intérêts versés sont de l'ordre de 18 300 francs avec un maximum de 76 500 francs (1964) et un minimum de 1 500 francs.

Lorsqu'il existe plusieurs corps étrangers, ils peuvent s'éliminer en plusieurs temps. Nous avons ainsi un cas où un malade a éliminé par l'anus deux champs à quinze jours d'intervalle.

Certaines mèches ou compresses sont mises volontairement en per-opératoire mais ne seront pas enlevées après l'intervention. C'est le cas de mèches oubliées après une amputation abdomino-périnéale du rectum ou une intervention gynécologique par voie basse. Le nombre des mèches ou compresses devrait figurer dans le compte rendu opératoire.

Parfois le chirurgien évoque la possibilité d'une compresse ou d'une mèche tassée dans une plaie désunie et oubliée. Nous avons un cas de ce type où la compresse serait demeurée parfaitement tolérée pendant deux ans.

Problèmes médico-légaux posés par les C. E. T.

1) Lorsque le corps étranger est enlevé par un autre chirurgien ou par une infirmière sa réalité n'est pas contestable. Souvent dans ces cas la

compresse est remise ou réclamée par l'intéressé qui la conserve précieusement telle une pièce à conviction.

2) Lorsque l'élimination est spontanée, habituellement le malade conserve le " textile ". Il est difficile même dans ces cas de contester ses affirmations. La description du mode et des circonstances de son expulsion, compte tenu du type de l'intervention et de la feuille de température post opératoire sont suffisamment éloquents.

Une seule fois un malade réclama parce qu'il avait vomi un champ trois mois après une hémicolectomie droite classique et aux suites simples. Cette réclamation fut sans suite.

3) Il est quelque fois difficile de savoir s'il s'agit d'une compresse d'un fragment de mèche ou d'une compresse abdominale. Ceci a son importance pour distinguer la compresse oubliée dans la cavité abdominale au cours de l'intervention de la mèche tassée secondairement dans une plaie désunie.

4) Enfin lorsque le malade a été opéré plusieurs fois et par plusieurs chirurgiens pourrait se poser le problème de l'intervention en cause. Mais comme nous l'avons vu ces corps étrangers textiles sont rapidement mal supportés en moyenne 8 mois, au maximum 2 ans, et c'est surtout avec les corps étrangers métalliques que la discussion peut être ouverte.

PREVENTION ET RECONNAISSANCE DES C. E. T.

A) Des compresses :

Pour ne pas oublier une compresse on peut :

1 - ne pas les utiliser et les remplacer par l'aspirateur ou des textiles plus volumineux que l'on peut compter plus aisément en fin d'intervention.

2 - les utiliser par l'intermédiaire d'un porte tampon dès que le péritoine est ouvert.

3 - les compter avant de refermer le ventre.

Pour les reconnaitre en post-opératoire il faudrait que toutes les compresses possèdent un filigrane radio-opaque.

B) Problème des champs abdominaux :

Pour ne pas en oublier il devrait être suffisant de les compter systématiquement en fin d'intervention. Un anneau métallique ou un angle opaque sont des solutions pour les reconnaitre en post-opératoire.

Devant des suites opératoires anormales, une suppuration pariétale, il faut savoir évoquer ce diagnostic et surtout maintenir le malade sous sa propre surveillance. Une période de trois mois semble assurer une bonne sécurité pour les volumineux corps étrangers textiles, bien que Favoro et Coll. aient signalé un champ abdominal toléré 32 ans.

CORPS ETRANGERS METALLIQUES

Nous avons :

- 8 instruments chirurgicaux
- 1 aiguille hypodermique avec mandrin
- 7 petits C. E. M.

A) Les instruments chirurgicaux oubliés dans l'abdomen :

D'emblée nous éliminons un dossier.

Il s'agit d'une malade qui était persuadée que la pince qui se projetait sur son cliché d'abdomen sans préparation était une pince oubliée alors qu'il s'agissait d'une pince clampant sa sonde d'aspiration gastrique. Il a fallu une expertise civile contradictoire pour qu'elle entende raison.

Restent 7 instruments chirurgicaux oubliés dans l'abdomen.

1) Les interventions en cause sont :

4 fois la chirurgie sus-mésocolique
- (cholécystectomie simple
- (gastrectomie difficile
- (splénectomie pour rupture traumatique
- (rupture traumatique du diaphragme

3 fois la chirurgie gynécologique dont deux césariennes.

2) Il s'agissait de :

- 2 pinces de Kocher
- 2 pinces en cœur
- 1 pince de Halsted
- 1 pince de Kelly

1 cuillère à soupe utilisée à la place

d'une semelle de Paucher

3) Les suites opératoires immédiates

furent le plus souvent simples mais un malade eut des douleurs abdominales violentes presque immédiatement.

Mise à part cette pince d'emblée mal supportée, les autres ne firent pas parler d'elles avant sept mois.

4) Les circonstances de leur découverte radiologique furent extrêmement variables :

. 2 fois ce fut devant des douleurs abdominales isolées

. 1 fois devant une asthénie avec fébricule,

. 2 fois par hasard, sur des radiographies demandées pour une toute autre raison.

5) Tous ces corps étrangers furent bien évidemment enlevés

. 4 fois par d'autres chirurgiens, dont une fois par les experts eux-mêmes,

. 3 fois par le chirurgien responsable.

Cette ablation fut faite en moyenne au bout de 3 ans (minimum 3 mois, maximum 11 ans).

6) Une seule fois les antécédents chirurgicaux étaient tels que la question pouvait se poser de savoir au cours de laquelle des interventions faites la pince avait pu être oubliée.

par hasard sur une urographie intra-veineuse faite devant une hématurie parfaitement expliquée par une lithiase rénale.

Or cette malade avait subi :

. 11 ans avant une césarienne,

. 1 an après une appendicectomie

. 4 ans plus tard une seconde césarienne.

Ces trois interventions furent réalisées sous la responsabilité d'un même chirurgien ce qui a beaucoup simplifié la transaction amiable. Ce chirurgien avait fait l'appendicectomie, les deux césariennes l'avaient été par deux remplaçants différents.

Les experts amenés à donner leur avis sur assignation :

1 - estiment que l'appendicectomie ne peut être mise en cause. Il n'y avait pas de pince de Kelly dans la boite d'appendicectomie.

2 - considèrent que l'oubli s'est produit lors de la première césarienne. En effet la malade a commencé à souffrir dans sa fosse iliaque droite quelques temps après cette intervention. Ce sont ces douleurs qui amenèrent à pratiquer une appendicectomie.

3 - ils considèrent également que le troisième opérateur, lors de la deuxième césarienne, a insuffisamment exploré le pelvis en fin d'intervention, ce qui aurait dû lui permettre de retrouver le corps étranger.

7) Conséquences de l'oubli de ces instruments chirurgicaux pour le malade :

. 5 fois elles se limitèrent aux conséquences d'une laparotomie;

. 2 fois cette laparotomie pour ablation du C. E. se solda par un décès, ce qui correspond d'ailleurs aux deux extractions les plus difficiles.

En effet l'extraction de ces C. E. est habituellement difficile.

Si l'extraction de la cuillère à soupe fut simple (elle était située entre la paroi et le grand épiploon), l'extraction des pinces fut laborieuse. Ce sont les anneaux qui représentent l'agent le plus traumatique, les boucles ayant tendance à s'inclure dans la paroi digestive.

La pointe menace le côlon, le grêle d'incarcère au niveau des anneaux. Ces instruments chirurgicaux oubliés dans l'abdomen furent tous retrouvés là où ils avaient été oubliés.

La pince de Kelly ayant séjourné 11 ans dans le péritoine était cassée et extrêmement fragile.

Une seule fois ce corps étranger putêtre enlevé sans que le malade fut mis au courant sous prétexte d'un contrôle histologique. Les suites furent parfaites.

8) Les conséquences pour le chirurgien furent :

. 2 réclamations

. 4 assignations

Le rôle des experts se limite à constater les faits et à apprécier l'importance du dommage. Souvent cet expert assiste à l'ablation du C. E. , parfois il préfère faire son expertise avant cette exérèse chirurgicale puis la reprendre après.

L'évaluation du préjudice peut être difficile compte tenu des séquelles propres de l'intervention initiale.

Il semble qu'une I. P. P. de 5 % avec pretium doloris important soit communément admise.

. 2 affaires furent traitées par le tribunal administratif

. 1 fois le chirurgien fut condamné devant les tribunaux civils;

. 3 fois un règlement transactionnel put être obtenu.

Les dommages et intérêts versés sont à propos de quatre cas en moyenne de 45 000 francs, avec un minimum de 25 000 francs et un maximum de 70 800 francs.

Des boites d'instruments toujours identiques et contrôlées systématiquement par la panseuse après chaque intervention sont un élément de sécurité indéniable; encore faut-il que le chirurgien soit prévenu de la perte d'un instrument et qu'il fasse faire dans ces conditions un abdomen sans préparation, quelle que soit la simplicité des suites opératoires.

En effet dans un cas le chirurgien avait été prévenu qu'une pince de Kocher était égarée mais il ne fit pas faire de cliché, refusant de penser qu'il ait pu l'oublier dans le ventre de sa malade dont les suites opératoires étaient parfaites.

B) Aiguille hypodermique avec son mandrin :

Cette aiguille fut retirée deux ans après. Elle était incluse dans la paroi du cæcum.

A l'origine il s'agissait d'un abcès appendiculaire drainé par un drain No 25. Le chirurgien avait prescrit en post-opératoire immédiat des injections locales d'antibiotiques deux fois par jour en utilisant le drain. C'est certainement au cours d'une de ces injections que l'aiguille fut introduite dans la fosse iliaque droite.

Sur réclamation du patient une I. P. P. de 5 % fut admise et l'indemnisation s'éleva à 7 500 francs. C'est l'assurance du chirurgien qui a couvert ce risque alors que la responsabilité de la clinique était en toute logique engagée, mais il se trouvait que la compagnie d'assurance était la même pour la clinique et pour le chirurgien.

C) Petits corps étrangers métalliques (7)

1) Les interventions en cause sont :

- 2 césariennes
- une adénomectomie prostatique
- une pyélolithotomie
- une cholecystectomie
- une appendicectomie
- et la mise à plat d'un hygroma infecté du coude

2) Ces corps étrangers étaient :

- une aiguille droite
- quatre aiguilles courbes ou fragment d'aiguille courbe
- l'extrémité d'une aiguille de Reverdin
- l'extrémité d'une aiguille Boomerang

3) Quatre fois ce corps étranger fut reconnu en per-opératoire mais sa recherche fut infructueuse ou jugée trop risquée

Dans ces quatre dossiers nous avons deux fois un cliché post-opératoire immédiat qui confirme la présence de ce corps étranger et le localise. Une fois seulement le malade fut mis au courant de cet incident le lendemain de l'intervention.

4) Ces petits corps étrangers n'influencent pas le déroulement des suites opératoires et leur découverte est presque toujours fortuite.

5) Trois ne furent pas enlevés; il s'agit de fragments d'aiguille

Quatre le furent au bout de 2 mois, 2 ans, 3 ans, 22 ans.

6) Dans nos dossiers ces petits corps étrangers n'ont pratiquement pas bougé sauf un. Il s'agissait du bris d'une aiguille courte sertix utilisée pour fermer le bassinet après pyélolithotomie. Le fragment d'aiguille se fiche dans le parenchyme rénal au niveau de la lèvre postérieure du sinus. En deux ans ce corps étranger va migrer vers le bassinet et constituer le point d'appel d'une récidive lithiasique.

Nous allons présenter les trois dossiers qui furent soumis à l'avis des experts

1) Il s'agit d'une aiguille droite retirée devant le sacrum dans la racine du mésentère 22 ans après une appendicectomie. Les experts ne pourront préciser s'il s'agit d'une aiguille chirurgicale.

Débout en appel sur assignation.

2) Il s'agit de l'extrémité d'une aiguille de Reverdin qui s'est brisée au cours d'une césarienne. La recherche du fragment métallique per-opératoire sera infructueuse; un cliché post-opératoire précise sa localisation mais la malade ne sera pas mise au courant.
Deux collèges d'experts vont émettre un avis différent concernant la nécessité ou non d'informer la patiente.
L'un pense que le retard de huit mois dans l'information de la malade a majoré les conséquences psychologiques de cet incident. L'autre collège approuve le mutisme du chirurgien.

Les juges n'ont pas encore tranché.

3) Il s'agit du bris d'une aiguille lors d'une pyélolithotomie (ce dossier a déja été évoqué). Le chirurgien recherche le corps étranger mais s'arrête craignant de léser le parenchyme. Une urographie intra-veineuse au huitième jour confirme la présence et localise le C. E. La malade est immédiatement mise au courant. Elle va parfaitement supporter ce corps étranger pendant deux ans puis portera plainte pour blessure involontaire lorsqu'il faudra

la réopérer pour récidive calculeuse.

Les experts vont approuver la conduite du chirurgien et ne lui font aucun reproche. Un non lieu du juge d'instruction est vraisemblable.

Si l'on envisage les conséquences de ces petits corps étrangers métalliques on s'aperçoit qu'aucune I. P. P. n'a été distribuée et nous n'avons aucune condamnation du chirurgien.

Trois fois un règlement transactionnel fut possible (1 750 francs, 5 000 francs et 30 000 francs). Ce dernier dommage transactionnel élevé correspond à un malade qui ne voulait pas se faire enlever une aiguille courbe sertix oubliée lors d'une intervention pour dumping syndrom. Il est certain que son exérèse aurait été extrêmement délicate ce qui explique les dommages et intérêts importants que l'assurance a préféré verser.

Nous rapprocherons de ces dossiers :

1) une agrafe tombée dans le champ opératoire et méconnue au cours de la cure chirurgicale d'une hernie inguinale. Le chirurgien utilisait des agrafes pour fixer les champs de bordure.

2) l'extrémité du palpateur lors d'une cœlioscopie gynécologique. Cette extrémité mal vissée est restée dans le ventre (déja cité).

Nous sommes étonnés du nombre relativement restreint des affaires concernant ces petits C. E. M. oubliés dans l'abdomen et en particulier en ce qui concerne les aiguilles sertix. La possibilité de tels accidents justifie à notre avis, lorsqu'un abdomen multi-opéré doit l'être à nouveau, une radiographie sans préparation pré-opératoire si l'on de dispose pas d'un dossier radiologique. Si cette radio révèle l'existence d'un corps étranger métallique il est souhaitable de mettre les opérateurs précédents au courant et de garder précieusement ce document radiologique pré-opératoire.

Lorsqu'en per-opératoire un petit corps étranger métallique tombe et disparait dans le champ opératoire, l'attitude la plus recommandable est :

1) de rechercher très soigneusement, au besoin en mettant l'anesthésiste au courant de cet incident et des recherches que vous entreprenez afin qu'il puisse ultérieurement rendre compte de ces recherches per-opératoires.

2) si cette recherche est infructueuse nous conseillons :

. de faire des clichés post-opératoires face profil afin de le localiser parfaitement.

3) De revoir régulièrement ces malades en consultation et de les prévenir le plus tôt possible (pour nous immédiatement en post-opératoire).

Il est certain que cette dernière attitude est discutable mais uniquement à notre avis chez les patients psychologiquement fragiles. Un jour ou l'autre ce genre de malade va apprendre l'existence du corps étranger et mal le supporter. Mais on peut imaginer que la période pendant laquelle il va être dans l'ignorance de son existence peut être assez longue et confortable pour lui.

Dans ces cas la mise au courant de l'entourage familial est possible. Il faut insister sur le fait que des fils d'acier, des clips sont utilisés en chirurgie pour leur parfaite tolérance.

Enfin il faut signaler que quelques C. E. M. peuvent ne pas être " chirurgicaux " mais avoir été absorbés par voie buccale ou même avoir pénétré par voie per-cutanée.

D) En dehors de ces corps étrangers textiles ou métalliques nous avons quatre dossiers concernant des drains ou fragments de sonde oubliés ou ayant migré secondairement.

1) l'extrémité d'une sonde de Pezzer

au niveau d'une loge rénale. Après urétro pyélolithotomie. Sans suite malgré une assignation au départ.

2) L'extrémité d'une sonde de Malécot

cette sonde ayant été mise à demeure dans la vessie pendant dix jours. Au moment de son ablation l'infirmière n'a rien signalé au chirurgien. Un an plus tard cette malade sera réopérée pour une lithiase vésicale développée sur ce corps étranger. Un règlement amiable sera obtenu sur la base de 4 000 francs.

3) Un drain de 20 cm de long et de 8 mm de diamètre

utilisé au cours d'une appendicectomie. Non retiré il va migrer vers la fosse iliaque droite. Ce n'est que neuf mois après que l'on va découvrir ce corps étranger sur un abdomen sans préparation demandé pour des douleurs abdominales. L'ablation chirurgicale sera facile au 11ème mois. Le patient réclame des dommages et intérêts. Un règlement amiable est prévu sur la base de 12 400 francs.

4) Un fragment de drain de Redon de 10 cm

découvert sur une mammographie quatre ans après l'exérèse d'un noyau de mastose.
Règlement amiable : 13 000 francs.

Les applications s'imposent d'elles-mêmes :

1 - ne pas laisser trainer sur le champ opératoire les éléments découpés à partir des sondes ou des drains.

2 - n'utiliser que des sondes de bonne qualité ayant conservé toute leur souplesse et qui viendront en totalité lors de leur extraction.

Ceci nous semble particulièrement indispensable en urologie et lors de la chirurgie des voies biliaires (drain de Kehr)

3 - une bonne fixation des drainages externes à la paroi et une correcte surveillance de leur ablation afin qu'elles soient faites en totalité et en temps opportun.

Tels sont les dossiers concernant les corps étrangers, qu'ils soient textiles ou métalliques, ou qu'il s'agisse de fragments de drains ou de sondes. Ils représentent 16 % de l'ensemble des dossiers que nous avons envisagés.

COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES PERIPHERIQUES SECONDAIRES

A LA POSITION DU MALADE SUR LA TABLE D' OPERATION

	Compression nerveuse	Compression plexique	Total
Appendicectomie	2	1	3
Cure de hernie inguinale	4	-	4
Cure de hernie hiatale	1	-	1
Chirurgie des voies biliaires	4	3	7
Chirurgie gynécologique	3	3	6
Césarienne	2	-	2
Cœlioscopie	1	1	2
Divers	2	2	4
TOTAL	19	10	29

COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES PERIPHERIQUES SECONDAIRES A LA POSITION DU MALADE SUR LA TABLE D'OPERATION (29)

Ces complications commencent à mieux être connues et leur fréquence devrait diminuer.

La jurisprudence dans ce domaine est demeurée assez pauvre étant donné que la plupart des affaires font l'objet d'une transaction amiable. Il n'en demeure pas moins que se pose le problème du partage de la responsabilité entre le chirurgien et l'anesthésiste.

Les compagnies d'assurance ont, depuis 1964, établi un compromis d'arbitrage relativement satisfaisant.

Dans notre série de 19 dossiers, la moyenne d'âge est de 42 ans (minimum 12 ans, maximum 64 ans) et nous avons 22 hommes pour 17 femmes.

Nous ne retrouvons que 7 affaires dans les quatre dernières années.

Globalement la chirurgie la plus menacée semble être :

. la chirurgie gynécologique (10)
dont deux césariennes et deux cœlioscopies;

. la chirurgie des voies biliaires (7)

27 malades étaient en décubitus dorsal sur la table d'opération
2 étaient en décubitus latéral pour ... l'exérèse de kystes sébacés du dos.

Ces accidents, apparemment, relèvent de deux mécanismes différents :

a) les compressions directes des nerfs périphériques au niveau des membres (19);

b) les étirements plexiques (10)

A) Les compressions directes des nerfs des membres

(voir tableau page 159 pour la répartition en fonction de l'intervention chirurgicale pratiquée)

Ces atteintes neurologiques, périphériques par compression (19) se répartissent ainsi :

I - au membre supérieur (15)

II- au membre inférieur (4)

I - Compression des nerfs du membre supérieur :

Sur les quinze observati ons que nous possédons, onze correspondent au membre supérieur droit, quatre au gauche.

Le nerf le plus souvent atteint est le nerf cubital (11 fois sur 15). Ceci est une notion bien classique compte tenu de son trajet superficiel au niveau du coude derrière l'épitrochlée. Cette atteinte du nerf cubital est associée une fois à une atteinte du nerf radial du même côté et une autre fois à celle du nerf médian.

Nous avons également quatre atteintes isolées du nerf radial et deux du nerf médian.

Pour préciser les modalités de cette compression nous avons tenté de relever certains éléments :

1) la position de l'opérateur par rapport au nerf comprimé : une fois sur deux l'opérateur est du même coté, mais nous ne pouvons savoir si le bras est le long du corps ou en abduction (une seule fois un deuxième aide est présent).

2) le bras utilisé par l'anesthésiste par rapport au côté de l'atteinte neurologique. Nous ne connaissons le bras utilisé par l'anesthésiste que 8 fois sur 15.

Sur ces huit cas, trois fois l'atteinte neurologique apparaît au niveau du " bras de l'anesthésiste " (qui est toujours en abduction). Nous avons :

- une compression du nerf radial par la marche tranchante séparant la planchette (où le bras repose) du matelas.
- une parésie dans le territoire du nerf médian et du nerf cubital (ponction veineuse au pli du coude).
- des névralgies dans le territoire sensitif du nerf cubital à la main (ponction veineuse à la face antérieure du poignet)

3) la fréquence de compression nerveuse lorsque le bras est allongé le long du corps. C'est ce bras allongé le long du corps qui est le plus souvent menacé par les compressions nerveuses directes.

Habituellement l'anesthésiste utilise le bras gauche qui est placé en abduction et le bras droit est allongé le long du corps.

Ainsi sur les onze compressions du nerf cubital, huit correpondent au nerf cubital droit et sur quatre atteintes du nerf radial, trois sont également du côté droit.

Les deux paralysies du nerf médian ne sont peut-être pas le fait d'une compression directe. Elles correspondent toutes les deux " au bras de l'anesthésiste " la ponction veineuse ayant été faite au pli du coude.

Il est certain que l'installation classique de ce membre allongé le long du corps est insuffisante. Il faut éviter que le bord de la table ne comprime le nerf radial à la face postérieure du bras et le nerf cubital dans la gouttière rétro-trochleenne. Il est donc indispensable que le bras repose sur une attèle métallique recourbée (glissée sous le matelas), ou sur la table d'opération elle-même.

Le membre débordant la table et fixé par un bracelet de cuir est une solution à éviter.

Une récupération pratiquement complète fut obtenue une fois sur deux dans un délai de six mois à un an.

En l'absence de récupération les I. P. P. distribuées par les experts furent en moyenne de 10 à 15 % (minimum 3 %, maximum 25 %).

Les conséquences pour le chirurgien furent :

. 7 assignations
. 6 réclamations
. 2 déclarations par prudence qui demeurèrent sans suite.

Les assignations (7)

. Une demeurera sans suite
. Une fut l'objet d'une transaction amiable sans expertise
. Cinq donnèrent lieu à expertise

Nous allons noter l'avis des experts dans ces cinq cas en précisant à chaque fois l'année de préjudice.

- 1964 : Pour les experts l'immobilisation du membre sur la table d'opération était défectueuse. Les juges condamnent le chirurgien à verser 16 000 francs de D. I.

- 1965 : Les experts rejettent toute responsabilité médicale; pour eux les troubles sont uniquement " fonctionnels ". Les juges condamnent cependant le chirurgien à verser 33 800 francs de D. I.

- 1965 : Les experts considèrent que la mauvaise installation du membre supérieur engage la responsabilité du chirurgien. Règlement transactionnel en cours

- 1967 : Les experts pensent qu'une arthrose cervicale importante peut être intervenue dans l'apparition d'une paralysie radiale sur un membre supérieur en abduction. Les juges déboutent le malade (64 ans) de sa demande.

- 1969 : Pour les experts les membres étaient correctement installés et l'intervention fut courte. Ces éléments font qu'ils évoquent une artérite distale des membres supérieurs chez ce sujet jeune.

Nous avons donc deux condamnations de chirurgien et un jugement déboutant l'adversaire.

5 des 6 réclamations furent l'objet d'une transaction amiable

les dommages et intérêts versés correspondent à 15 000 francs en moyenne (minimum 205 francs, maximum 33 000 francs).

II - Compression des nerfs du membre inférieur

Ici le problème est plus simple. Nous avons :

. 3 paralysies du sciatique poplité externe par compression du nerf à la face externe du col du péroné,

. 1 compression du nerf crural par un appuie-cuisse mal placé. La paralysie totale au réveil avait nettement régressée au treizième mois. Aucune séquelle trois ans après.

Dommages transactionnels : 25 000 francs.

B) Les étirements plexiques (10)

. 7 correspondent à une atteinte globale du plexus

. 3 à une atteinte partielle :

. atteinte prédominante au niveau du C5 C6 lors d'une abduction forcée.

. atteinte du C8 D1 lors d'une hystérectomie avec position déclive de Trendelenburg.

. atteinte prédominante dans les territoires du nerf radial (C6 C7 C8 D1) et du nerf musculo - cutané (C5 C6) sur un membre maintenu fixé devant la tête du malade.

Circonstances survenues de ces atteintes plexiques :

1) Trois positions de Trendelenburg sans que l'on puisse préciser le rôle d'éventuelles épaulières.

2) Quatre abductions forcées dont deux sur " le bras de l'anesthésiste ". La tête humérale soulève et étire le plexus ou l'une de ses branches, surtout si le bras est en supination.

3) Deux atteintes du plexus brachial sur des membres fixés à une barre transversale passant devant la tête du malade.

Cette position a été - dans un cas - fortement critiquée par les experts qui l'on jugée inutile et dangereuse.

4) Enfin dans un cas, paralysie plexique chez un malade ayant détaché son bras en cours d'intervention. L'anesthésiste lui a mis la main derrière la tête.

Les conséquences pour le chirurgien furent :

. 3 assignations dont une sans suite. Les deux autres affaires sont en cours, mais dans l'une l'expert nommé semble vouloir mettre en cause uniquement le chirurgien et le personnel de la clinique du fait d'une position du membre inhabituelle, inutile et dangereuse, déja citée plus haut.

. 6 réclamations dont trois furent sans suite

- 1 avec règlement amiable par l'assurance du médecin,
- 1 avec règlement amiable par l'assurance du chirurgien et par celle de l'anesthésiste.

Nous voudrions signaler que nous n'avons relevé que les accidents neurologiques dans lesquels le chirurgien est l'objet de la réclamation. Une étude comparable (R. Husson) portant sur 378 affaires anesthésiques survenues entre 1966 et 1973 relève 39 paralysies périphériques, soit 10,3 % de cette série; la fréquence des paralysies plexiques y est plus grande dans deux affaires sur trois.

En 1964 les compagnies d'assurance rédigent les termes d'une convention définissant la responsabilité réciproque des chirurgiens et des anesthésistes.

Dans le cas de ces paralysies périphériques c'est l'anesthésiste qui est responsable de l'installation du malade sur la table en fonction des exigences du chirurgien.

En cas d'installation inhabituelle du malade, les tribunaux auront tendance à condamner le chirurgien et l'anesthésiste " in solidum ".

ARRET CARDIAQUE EN SALLE D' OPERATION (14)

Dans ces quatorze affaires, c'est le chirurgien qui est l'objet de la réclamation (5) ou qui fait une déclaration par prudence auprès de sa compagnie d'assurance (9).

Bien que ce soit la responsabilité de l'anesthésiste qui, chaque jour davantage, se trouve engagée devant un tel accident, il est indéniable :

. que l'anesthésie peut ne pas être faite par un médecin;

. que " l'équipe chirurgicale " peut être rendue responsable;

. que le chirurgien participe également au traitement de ces arrêts cardiaques (massage du cœur à travers le diaphragme - massage à thorax ouvert);

. que d'autre part certains de ces arrêts cardiaques sont plus le fait de l'acte chirurgical lui-même que de l'anesthésie (cœlioscopie).

Au cours d'une période allant de 1955 à 1965 G. Vourc'h et G. Bernard - Gaudillère relèvent cinquante décès per-opératoires purement anesthésiques. Sur une série de 321 accidents anesthésiques, R. Husson et E. Mignon, dans les mêmes conditions mais entre 1966 et 1973, sur une série de 378 dossiers, relèvent 49 décès en salle d'opération.

Les conséquences de ces arrêts cardiaques furent :

. 8 décès en salle d'opération;

. 2 décès (5ème et 8ème jour) après transfert dans un service spécialisé;

. 1 cécité totale d'origine corticale avec impotence de

l'hémicorps gauche et des troubles du comportement;

. 1 récupération presque totale 5 mois après avec un discret syndrome extrapyramidal séquellaire et quelques difficultés de structuration;

. 2 guérisons sans séquelles.

Il s'agissait de malades jeunes (onze avaient moins de 50 ans), sans antécédents particuliers notables.

Les interventions en cause se répartissent ainsi :

Cœlioscopie (5)
Césarienne (1)
Appendicectomie (2)
Cure de hernie inguinale (1)
Chirurgie des varices des membres inférieurs (1)
Cure d'un kyste sacro-coccygien en décubitus ventral (1)
Résection endoscopique du col vésical (1)
Régularisation d'un doigt (1)
Intervention non précisée (1)

Le traitement de ces arrêts cardiaques apparait la plupart du temps comme correct et immédiatement entrepris (4 massages à thorax ouvert - aucune récupération).

La cause de ces accidents est difficile à préciser.

Mettant à part les cinq cœlioscopies que nous avons déja vues (voir cœlioscopie page 93) où la survenue d'une embolie gazeuse est l'explication la plus logique, nous retrouvons :

1 infarctus massif vérifié par l'examen nécropsique

3 anoxies per-opératoires manifestes.

Enfin, une fois, après une crossectomie saphène interne l'injection en grande quantité d'un produit sclérosant dans la veine d'amont fut retenue comme une cause possible de l'arrêt cardiaque.

Les conséquences pour le chirurgien furent les suivantes (à l'exception des coelioscopies)

. déclaration par prudence, sans suite (5)

. plaintes : 3

- sans suite (1)
- en cours (1)
- non lieu du juge d'instruction (1)

Dans cette dernière affaire les experts ont cependant regretté l'absence d'examens paracliniques pré-opératoires et l'absence d'intubation chez un ancien poliomyélitique. Intervention non précisée.

. assignation (1) (1964) = condamnation du chirurgien.

Il s'agit de la crossectomie saphène interne avec sclérose du segment veineux d'amont.

Les experts rormulent les reproches suivants :

1 - avoir confié l'anesthésie à une infirmière non diplômée et utilisant une méthode ancienne et périmée;

2 - avoir poursuivi l'intervention après l'arrêt cardiaque, ce qui n'était pas obligatoire;

3 - de ne pas avoir fait appel à un médecin consultant neurologue ou neuro-chirurgien pendant le séjour d'un mois à la clinique ayant précédé le transfert, le coma ne regressant pas.

4 - de ne pas avoir demandé d'examens pré-opératoires en particulier : temps de coagulation - temps de saignement - numération formule et groupe sanguin.

Le chirurgien sera condamné en 1ère instance à verser 250 000 francs à cette patiente de 34 ans aveugle hémiplégique ayant besoin d'une tierce personne.

Les juges accordent surtout de l'importance aux reproches 1 et 4 des experts.

Quelles que soient les causes de ces arrêts cardiaques, il apparait qu'un perfectionnement des méthodes de réanimation en salle d'opération devrait permettre une récupération plus fréquente.

ERREUR D'INTERVENTION OU DE MALADE (5)

Erreur d'intervention (3)

. Un malade avait été vu en consultation pour un kyste du lobule de l'oreille. Le chirurgien va prélever un ganglion cervical.

Désistement après réclamation.

. Deux erreurs de côté lors de la cure de hernie inguinale.

Erreur de malade (2)

1) Enfant opéré des amygdales et des végétations alors qu'il était prévu de lui enlever l'appendice. Le père, avocat, va finalement obtenir 30 000 francs de D. I. transactionnels (1/3 pour l'O. R. L. - 1/3 pour la clinique).

2) Enfant admis pour un phimosis. Le chirurgien en fin d'appendicectomie s'aperçoit de l'erreur et pratique la cure du phimosis. Il y avait eu un échange entre les feuilles de température.

Réclamation sans suite.

Il a été proposé, Outre-Manche, d'inclure dans le rôle et dans les responsabilités de l'anesthésiste la vérification de l'identité du malade et de l'intervention prévue avant qu'il ne perde connaissance.

ACCIDENTS OU INCIDENTS SURVENUS EN SALLE D'OPERATION (80)

La plupart de ces affaires ont déja été relevées; il en est ainsi :

- des accidents d'utilisation du bistouri électrique (35)
- des arrêts cardiaques en salle d'opération (14)
- des accidents ou incidents chirurgicaux reconnus en salle d'opération (plaie des vaisseaux, section d'un nerf, contusion d'une rate...) (19).

Il reste cependant 12 affaires qui, pour la plupart, engageaient la responsabilité de l'anesthésiste s'il est médecin, et non celle du chirurgien.

- 3 erreurs de transfusion avec deux décès; il s'agit de trois interventions gynécologiques hémorragiques.

- 4 chutes de la table d'opération (l'une secondaire à une intervention faite sous anesthésie locale n'engage que la responsabilité du chirurgien).

- 1 brûlure par bouillote

- et enfin pour terminer cette revue de nos 333 dossiers, l'exploration de la gaine ampoule d'un amplificateur de brillance avec projection d'huile bouillante sur le malade ... et les médecins présents.

ETUDE SYNTHETIQUE DES 333 DOSSIERS DU SEUL

POINT DE VUE MEDICAL

- LES PRINCIPALES COMPLICATIONS - LES PRINCIPAUX ACCIDENTS OU INCIDENTS RENCONTRES.

- L'IMPORTANCE DES SEQUELLES

- LES CAUSES DES DECES LORSQU'ELLES SONT CONNUES

- LES REPROCHES FORMULES PAR LES EXPERTS A L'ENCONTRE DES CHIRURGIENS

LES COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE VISCERALE

DANS LE CADRE DE CETTE ETUDE MEDICO-LEGALE

I - Les paralysies nerveuses périphériques viennent largement en tête

(13 % de l'ensemble des dossiers)

. soit du fait d'une mauvaise installation du malade sur la table d'opération (2/3 des cas),

. soit liées à une lésion nerveuse per-opératoire.

. Installation du malade sur la table

Compte tenu que ce sont la chirurgie des voies biliaires et la chirurgie gynécologique qui dominent largement ce chapitre, il nous semble nécessaire de préciser ce qui est admis comme étant la position la plus souhaitable.

I - Chirurgie des voies biliaires extra-hépatiques

Malade en décubitus dorsal sur la table que l'on peut mettre en légère proclive et inclinaison latérale gauche. Un billot, très légèrement monté, soulèvera les dernières côtes. Il peut être avantageusement remplacé par une alèse roulée sous la pointe des omoplates ou par un coussin spécialement conçu pour recevoir les 2/3 supérieurs du thorax et la racine des deux membres supérieurs.

Le bras gauche du malade sera placé dans une position ne dépassant pas 90°, la main en pronation. Il faut éviter la marche qui sépare la table de l'appuie bras et qui menace le nerf radial. Ce bras recevra les perfusions veineuses.

Le bras droit doit pouvoir être placé le long du corps, sur le plan même de la table ce qui permet l'intervention sans risque d'un deuxième aide, l'opérateur étant de ce côté droit.

Si l'on préfère que le bras droit soit en abduction, (cette deuxième position étant souvent souhaitée par l'anesthésiste car elle lui permet un contrôle facile de la tension artérielle) il faut :

1) que l'anesthésiste vérifie fréquemment l'importance de l'abduction (il est le seul à pouvoir le faire).

2) que le chirurgien, par une exposition correcte de son champ opératoire et par l'utilisation d'écarteur orthotastique, réduise au maximum le temps où un deuxième aide à sa gauche est nécessaire.

Ainsi les positions de l'opérateur et de ses aides sont les suivantes :

- opérateur à droite,
- premier aide à gauche, ainsi que l'instrumentiste;
- deuxième aide à droite de l'opérateur, à sa gauche le moins longtemps possible.

II - Chirurgie gynécologique par voie haute :

La position déclive est très souvent indispensable. On peut se contenter de 12 à 15° si l'anesthésie est suffisamment profonde. Les épaulières sont le seul moyen de contention utilisé mais elles doivent être exactement placées. Un autre système de contention que les épaulières serait certainement souhaitable.

Bras du côté de l'aide en abduction.

Bras du côté de l'opérateur allongé le long de l'opérateur.

Lésions nerveuses per-opératoires :

Nous voudrions rappeler :

. Les contusions du nerf sciatique externe au cours des crossectomies de la veine saphène externe où l'écarteur de l'aide est certainement très menaçant.

. Les contusions du crural au cours de la chirurgie de l'aine car il est superficiel, rubanné juste sous l'arcade crurale en dehors des vaisseaux fémoraux.

. Les contusions des branches du plexus brachial au cours des curages axillaires et qui surviennent bien souvent au moment où se pose un problème d'hémostase.

. Les contusions du nerf recurrent. Il est maintenant admis par tous qu'il est préférable de le découvrir pour le protéger.

. Les lésions des branches nerveuses qui empruntent le canal inguinal et qu'il faudrait certainement plus souvent respecter.

II - Les complications infectieuses (10 %)

Elles dominent la chirurgie de l'appareil digestif (16) et sont particulièrement fréquentes en chirurgie gynécologique (8) et obstétricale (4).

. Chirurgie de l'appareil digestif

Il nous a semblé que dans beaucoup de nos dossiers l'infection n'est prise en considération qu'à un stade tardif, lorsqu'il existe déja une altération de l'état général, un déséquilibre hydro-electrolytique majeur, parfois en plein choc septique. On peut donc se poser le problème de la surveillance post-opératoire.

Lorsqu'une intervention précoce est pratiquée on est étonné de la fréquence des décès post-opératoires immédiats.

Les réinterventions précoces en chirurgie abdominale ont une mortalité globale de 29 % (A. Germain). La mortalité de ces réinterventions est de 75 % dans notre série. Or certains de ces malades sont réopérés en plein choc septique alors que leur tension est basse, sans la moindre réanimation et sans antibiotiques.

. Chirurgie gynécologique

Les complications infectieuses surviennent ici lors d'une chirurgie septique. Le caractère septique de l'acte chirurgical ne semble pas avoir été prévu et dans ces cas l'indication opératoire apparait discutable.

III - Les complications urinaires (9 %)

Elles sont l'apanage de la chirurgie gynécologique.

Les difficultés qui existent pour tarir une fistule vésico-vaginale, le bon résultat, parfois de courte durée d'une réimplantation urétéro-vésicale expliquent la fréquence des réclamations.

Il nous semble préférable, compte tenu des aléas de cette chirurgie urinaire réparatrice qu'elle soit confiée à des opérateurs expérimentés.

IV - Enfin,

Les accidents d'utilisation du bistouri électrique,
Les corps étrangers textiles et métalliques,

qui représentent une affaire sur quatre devraient pouvoir être fortement réduits.

LES SEQUELLES DE CES COMPLICATIONS, ACCIDENTS OU INCIDENTS

Nous relevons :

. 55 décès

. 90 guérisons sans séquelles,

. 188 guérisons avec séquelles

333

Pretium doloris moyen ou supérieur : 58

Préjudice esthétique moyen ou supérieur : 19

Incapacité temporaire supérieure à 4 mois : 33

Incapacité partielle permanente

inférieure à 25 % : 47

supérieure à 25 % : 18 dont 8 paralysies périphériques

Dans les cinq affaires où une I. P. P. supérieure ou égale à 60 % fut attribuée, on retrouve :

. 4 fois la chirurgie des varices des membres inférieurs :

. 100 % à la suite d'un arrêt cardiaque avec séquelles neurologiques très importantes;

. 3 amputations du membre (60 % ; 75 % ; 80 %).

. l'autre dossier concerne une cystectomie totale au cours d'une appendicectomie.

Les décès en fonction de l'intervention se répartissent ainsi :

Chirurgie de l'appareil digestif (35)

. Appendicectomie (16)

. des voies biliaires (9)

. des ulcères gastro-duodénaux (1)

. d'exérèse colo-rectale (1)

. déglution de corps étranger (1)

. plaie contusion abdomen (2)

. O. I. A. (3)

. du pancréas (3)

. laparotomie exploratrice (2)

Gynécologiques (6)

. césarienne (8)

. cœlioscopie (3)

Cure des hernies inguinales (2)

De la glande thyroïde (1)

REPROCHES FORMULES PAR LES EXPERTS

Dans 49 affaires les experts formulent un ou plusieurs reproches :

. Reproche d'ordre technique :

Incompétence (2)

au stade du diagnostic (9)

- absence d'examen clinique (1)
- mauvaise interprétation des faits cliniques (2)
- absence d'examen complémentaire (5)

au stade du traitement (2)

- intervention trop précoce (1)
- retard apporté au traitement (1)

au stade de la préparation à l'intervention (1)

- réanimation pré-opératoire insuffisante (1)

au stade du choix du traitement (2)

- mauvaise indication (2)

au stade de l'exécution du traitement (29)

- erreur de côté (1)
- mauvaise installation du malade sur la table (4)
- fausse manœuvre lors de l'utilisation du B. E. (2)
- oubli d'un corps étranger (8)

- défaut d'exécution (9)
- absence d'un examen anatomo-pathologique extemporané (1)
- insuffisance ou inexactitude du compte rendu opératoire (2)

Après l'intervention :

. Réanimation post-opératoire insuffisante (1)

. Insuffisance de surveillance chirurgicale dans les suites d'une intervention délicate (4)

. Absence d'avis complémentaire auprès d'un consultant (1).

Reproche d'ordre psychologique :

. Absence insuffisante ou maladresse dans les rapports avec l'entourage du malade (2)

. Absence de consentement éclairé (2)

Si nous classons comme aux Etats-Unis les complications, accidents ou incidents chirurgicaux selon leur origine :

1 - Terrain	(Erreur de diagnostic
	(
	(
2 - Chirurgie	(Erreur de technique
	(
	(
3 - Anesthésie	(Erreur de jugement

nous nous apercevons que les experts relèvent surtout les erreurs de technique et les erreurs de diagnostic.

Or si l'on approche d'un œil critique la pratique chirurgicale privée, on s'aperçoit, compte tenu des habitudes du chirurgien et des servitudes imposées par les malades, que les explorations pré-opératoires sont souvent réduites et l'intervention, en un certain sens, parfois précipitée.

CONSEQUENCES JURIDIQUES

ET

CONTENTIEUSES

CONSEQUENCES JURIDIQUES ET CONTENTIEUSES

Nous allons aborder maintenant le deuxième chapitre, celui des suites et des conséquences de ces complications, accidents ou incidents de la chirurgie viscérale.

Nous proposons d'envisager successivement :

1) les motifs du mécontentement des malades, qui sont souvent sans rapport avec les reproches que vont relever les experts.

2) le problème du consentement éclairé des malades

3) la question des vérifications nécropsiques

4) les circonstances qui amènent un chirurgien à faire une déclaration à sa compagnie d'assurance

5) l'expertise, les experts et la mission que leur confient les juges

6) les suites et conséquences juridiques de ces affaires

7) les possibilités de demande reconventionnelle

8) enfin nous discuterons les modalités d'évaluation des paramètres de l'équation :

- fautes + liens de causalité = réparation du préjudice

LES MOTIFS DU MECONTENTEMENT DES MALADES

Les deux principaux reproches des malades à l'encontre de leur chirurgien concernent les erreurs de diagnostic (31) et surtout les erreurs techniques tout particulièrement en cours de l'intervention (71). Les erreurs de jugement, rarement retenues par les experts, sont incriminées beaucoup plus souvent par le malade (27).

Mais bien que ce soit difficile à chiffrer, nous serions tenté de dire que le malade ou son entourage, une fois sur deux, dans l'assignation ou à l'expertise, se plaint du caractère conventionnel, voire franchement médiocre de ses rapports avec le personnel soignant. Il peut s'agir du chirurgien lui-même, mais aussi de l'anesthésiste et du personnel infirmier.

Nous présentons ci-dessous les principaux reproches formulés par le patient ou son entourage en fonction du type de l'intervention.

Chirurgie digestive

1) Insuffisance des soins et de la surveillance post-opératoire immédiate.

A ce propos nous voudrions signaler :

. que les experts considèrent qu'une visite quotidienne systématique auprès de l'opéré est un élément indispensable;

. que l'abandon d'un malade après une intervention délicate est une faute grave;

2) Difficultés relationnelles avec le personnel infirmier :

Il est certain que c'est ce type de chirurgie qui va demander aux infirmières

une attention constante, le plus grand dévouement, la plus grande patience (surveillance et aspiration gastrique, des drainages, des perfusions, pansements complexes .... et il faut lever le malade).

Chirurgie de la paroi abdominale

L'unique reproche concerne ici la maladresse, la malfaçon, le défaut d'exécution. Le compte rendu opératoire devrait, (en supprimant définitivement la formule consacrée : .... selon la technique habituelle ...) s'attacher à exprimer le type de la hernie, l'importance du sac, le procédé utilisé, le caractère minutieux de la réparation pariétale (grand nombre de points chargeant finement les plans à réunir), l'aspect de l'orifice inguinal profond en fin d'intervention.

Chirurgie gynécologique et obstétricale :

Deux reproches étroitement intriqués sont particuliers à cette chirurgie :

1) l'erreur d'indication
2) l'absence de consentement

le deuxième reproche étant souvent la conséquence du premier.

On ne peut enlever l'utérus d'une femme jeune sans l'avoir prévenue, mais à l'inverse on ne peut promettre ce que l'on n'est pas certain de pouvoir tenir (tant en ce qui concerne une voie d'abord qu'une conservation d'organe).

Il nous apparait souhaitable d'avoir un dernier entretien avec la malade la veille de l'intervention; ainsi pourra-t-on préciser des soucis restés vagues, mettre au jour des craintes inexpliquées.

Ces reproches sont exprimés par le malade ou son entourage dans différentes circonstances :

- simple expression verbale, ou
- réclamation écrite directe ou par l'intermédiaire d'un mandataire (108 fois, soit 32 %);
- assignation concernant la juridiction civile (103)
- Plainte concernant la juridiction pénale (51)
- démarche auprès du Conseil de l'Ordre (5)

LE CONSENTEMENT DU MALADE

Le consentement du malade correspond pour le médecin ou le chirurgien à une obligation d'information. Mis à part les cas particuliers des malades inconscients ou psychopathes, où le consentement doit être recherché dans l'entourage, le malade doit consentir ou adhérer à la thérapeutique. Pour qualifier cette information nécessaire, la Cour suprême considère - depuis notamment un arrêt de sa chambre civile du 2 février 1961- qu'elle doit être simple, approximative, intelligible et loyale.

L'information du malade doit se faire en plusieurs étapes. Il faut préciser :

- les circonstances qui imposent ou justifient une intervention
- les modalités opératoires
- le ou les principaux risques de la thérapeutique
- les incertitudes du résultat

A chacune de ces étapes, le chirurgien doit s'efforcer d'obtenir le consentement de son patient.

Dans notre série nous avons 19 affaires dans lesquelles se trouve soulevé le problème du consentement du malade.

A) 16 fois le malade se plaint d'un manque d'information au sujet de l'intervention :

- le malade prétend avoir été opéré contre son gré : " .... avoir été opéré des deux membres inférieurs pour des varices alors qu'elle ne voulait se faire opérer que d'un côté ... ". Les experts considèreront l'indication

opératoire comme normale. Ils discuteront à peine le problème du consentement, les deux membres ayant été préparés vingt quatre heures avant.

- le malade prétend ne pas avoir été informé du caractère mutilant de l'acte chirurgical :

. 3 hystérectomies
. 1 mammomectomie
. 1 salpingectomie bilatérale
. l'exérèse large d'une tumeur cutanée maligne

Dans ces cas les juges n'interrogent pas uniquement les experts sur le " consentement du malade " mais sur l'ensemble de l'acte thérapeutique. Si les experts estiment que l'indication d'exérèse était tout à fait normale mais qu'ils ne peuvent se prononcer sur le " consentement " les juges tendent à débouter le malade de sa demande.

Il est de jurisprudence constante en France que c'est au malade de prouver la faute et, en l'espèce, l'absence de consentement.

Dans un cas, cette preuve fournie par le malade (témoignage de personne l'ayant accompagnée lors de la première consultation, mais étant demeurée dans la salle d'attente) fut considérée comme suffisante par les juges qui condamnèrent le chirurgien. L'indication de l'hystérectomie était pour le moins discutable.

- dans l'affaire suivante, le problème du consentement apparait davantage encore comme un faux problème. Les parents estiment que, s'ils avaient été correctement informés sur les conditions de surveillance des opérés, ils n'auraient pas confié leur enfant à ce chirurgien dans cet établissement. Ici, s'il y a une faute, elle ne se situe pas au niveau de l'absence de consentement.

B) Dans trois cas la réclamation du malade ne concernait pas l'absence de consentement. Ce sont les experts qui vont considérer que, parmi les fautes du chirurgien, l'une concerne l'information du malade ou de son entourage.

- Cure chirurgicale d'une ectopie testiculaire bilatérale chez un enfant de douze ans; apparition d'une atrophie bilatérale des testicules. Les experts reprochent au chirurgien de ne pas avoir signalé aux parents qu'il s'agissait d'une opération délicate comportant un risque important.

Règlement amiable.

- Cœlioscopie pour stérilité chez une jeune femme de 22 ans. Electro-biopsie ovarienne. Décès au quinzième jour d'une péritonite. Les experts reprochent au chirurgien d'avoir présenté à la malade et à son entourage cette exploration comme parfaitement anodine (" manque de consentement éclairé, vu le risque de toute cœlioscopie gynécologique).

Affaire en cours.

- Tumeur latéro-cervicale; en per-opératoire le chirurgien s'aperçoit qu'il s'agit d un neurinome du plexus brachial. Il décide cependant son exérèse. Séquelles neurologiques importantes. Les experts reprochent à l'opérateur de ne pas avoir associé la famille à ses décisions pendant l'opération. Le chirurgien est relaxé par le tribunal correctionnel car pour les juges la faute psychologique relevée par les experts n'est pas une infraction aux articles 320 et 319 du Code pénal. Ils reconnaissent cependant que ce reproche aurait pu avoir son importance dans un débat civil roulant sur l'exécution de l'obligation issue du contrat de soins.

Le malade abandonne la procédure.

L'étude de la jurisprudence au sujet du consentement du malade permet de dire qu'il semble que les juges reprochent surtout aux chirurgiens d'avoir pris une décision malheureuse plutôt que d'en avoir pris une, sans l'avoir

soumise au malade préalablement.

Le consentement du malade est un élément du contrat de soin dont les juges se servent parfois, soit pour majorer une faute déja reconnue par les experts, soit exceptionnellement pour établir une condamnation lorsqu'ils sentent une faute mais ne peuvent la retenir de manière certaine.

Sur l'ensemble de nos dossiers les absences de consentement sanctionnées par les juges s'accompagnaient toujours d'une autre faute de la part du chirurgien.

Si le médecin, le chirurgien, doivent informer loyalement, ils doivent surtout guérir et le choix de la thérapeutique, la plupart du temps pour ne pas dire toujours, leur revient.

Le consentement du médecin est un tout autre problème. Le chirurgien en pratique privée est indépendant, le choix de sa clientèle étant libre. Ce principe est évidemment tempéré d'abord par l'urgence, et aussi par de nombreuses exceptions de fait mais qui sont alors la conséquence de statuts, de situations administratives ou contractuelles diverses.

Dans aucune de nos affaires ne fut évoqué l'article 63, paragraphe 2 du Code pénal, qui a institué ce que l'on dénomme le délit de refus ou de non assistance à personne en danger.

D'après l'article 36 du décret du 28 novembre 1955 portant Code de déontologie médicale, le médecin peut se dégager de sa mission, à condition :

1 - de ne pas nuire de ce fait au malade

2 - de s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet les renseignements utiles

Notons également que le médecin doit prêter son concours aux institutions sociales.

VERIFICATIONS NECROPSIQUES DES MALADES DECEDES

On est étonné du très petit nombre d'autopsies médico-légales ou non, relevé dans cette enquête : 18 sur 333 affaires.

Or cet examen post-mortem, s'il était fait dans de bonnes conditions par des médecins expérimentés, devrait contribuer largement à la découverte de la vérité.

Type de réclamations	Nombre d'autopsies
Réclamation sans mandataire	1
Réclamation avec mandataire	1
Procédure civile	5
Procédure pénale	9

Deux vérifications nécropsiques pesèrent de tout leur poids sur le déroulement judiciaire de l'affaire :

1) Découverte d'une appendicectomie incomplète avec lâchage du moignon appendiculaire.

2) Confirmation nécropsique de l'existence d'une nécrose pancréatique massive.

Toutes les autres vérifications nécropsiques furent sans intérêt.

- soit qu'elles furent faites trop longtemps après le décès, ne permettant alors pas d'en fournir une explication suffisante.

- soit qu'elles furent pratiquées par des médecins peu expérimentés, le rapport d'expertise étant donc parfaitement inutilisable.

- soit enfin que correctement exécutées, le rapport d'expertise accablant pour le chirurgien fut contredit par les expertises ultérieures.

Il apparait que le rapport d'expertise doit être un document fondamental qui devrait plus souvent faire partie des " dossiers ", mais que son interprétation ne peut être le fait que des médecins légistes pour ce qui est du sujet que nous traitons : la chirurgie viscérale.

CIRCONSTANCES DE LA DECLARATION DU CHIRURGIEN

A SA COMPAGNIE D' ASSURANCE

Le chirurgien peut déclarer une complication, un accident ou un incident :

- par prudence : 63 dossiers dont 40 demeureront sans suite
- sur des rumeurs : 8 dossiers dont 4 demeureront sans suite
- après une réclamation : 149 dossiers, dont 30 resteront sans suite
- sur assignation : 103 dossiers dont 5 seront sans suite
- parce qu'il est convoqué par le juge d'instruction : 51 dossiers dont 12 sans suite
- sur plainte auprès du Conseil de l'Ordre : 5 dossiers

La plupart des plaintes contre les chirurgiens le sont pour homicides involontaires.

L'EXPERTISE, LES EXPERTS ET LA MISSION QUE LEUR CONFIENT LES JUGES

L'avis d'un expert peut être demandé dans des circonstances très différentes : dans le cadre

- d'une expertise amiable (19)
- d'une expertise judiciaire (102)
- d'une expertise civile contradictoire (82)
- d'une expertise pénale (20)

L'expertise amiable :

Dans ce cas le chirurgien et sa compagnie d'assurance d'une part, le malade et son mandataire d'autre part, choisissent un ou deux experts (chacun étant mandaté par une partie). Dès lors un compromis d'expertise amiable est élaboré; elle sera confiée aux experts, sa mise en place est souvent difficile.

Il s'agit pour l'expert non seulement de constater mais de donner son avis sur des questions bien précises.

Ces expertises sont celles où l'expert a la plus grande liberté d'opinion; il peut moduler la faute, chiffrer la perte de chance. Il est un peu juge et expert en même temps. Cette " plaidoirie médicale " ne nous a pas apparue être défavorable au patient, loin de là.

Le rapport est communiqué aux deux parties et il doit constituer une base de départ solide pour une transaction amiable.

Les expertises judiciaires :

Elles représentent pour l'expert la plus grande difficulté.

Les juges lui demandent son avis, l'interrogent sur des questions bien précises. Ces questions sont regroupées dans ce qu'on appelle : la mission des experts. Ceux-ci sont invités à répondre à ces questions et uniquement à ces questions.

L'expertise étant au centre de la procédure la mission prend donc beaucoup d'importance. Or il nous est apparu que la rédaction de celle-ci répond bien souvent au schéma et que son insuffisance peut gêner les experts.

L'expertise judiciaire civile est toujours contradictoire, c'est-à-dire que les deux parties doivent être présentes. Par contre l'expertise pénale n'est pas contradictoire. Cependant les experts, de plus en plus souvent, acceptent la présence des médecins assistant la victime, représentant la compagnie d'assurance du chirurgien, la sécurité sociale. Une telle pratique est hautement souhaitable pour la manifestation de la vérité.

Sur les 102 expertises judiciaires que nous avons relevées, huit fois un second collège d'experts eut à intervenir; deux fois il s'agissait d'un simple complément d'expertise réclamé par les juges (les mêmes experts furent interrogés).

Dans les six autres affaires les experts du deuxième collège nommés après demande d'une des parties en présence ne furent pas les mêmes. Dans ces conditions certains regrettent que les juges fassent appel à d'autres experts. Or les juges leur posent les mêmes questions: ils désirent avoir une confirmation des conclusions du premier rapport, il ne serait pas logique qu'ils interrogent les mêmes médecins.

Exemple : décès d'un jeune homme dans les suites du traitement chirurgical d'une plaie traumatique de l artère carotide primitive.

Les conclusions des médecins légistes ayant fait l autopsie sont accablantes pour l'opérateur.

Une première expertise pénale va , à l'inverse, considérer l'attitude thérapeutique du chirurgien comme conforme aux données actuelles de la science médicale.

Les juges vont très logiquement demander l'avis d'un troisième collège d'experts.

Nous avons voulu préciser certains points :

- le nombre des experts à chaque expertise,
- leur spécialité
- la présence ou non d'un médecin légiste à l'expertise

Nous avons ainsi constaté que :

- dans les expertises amiables le nombre des experts est restreint (1 ou 2 au maximum) et que leurs conclusions sont très souvent défavorables au chirurgien.
- dans les expertises civiles contradictoires le nombre des experts est plus variable :

  - 1 expert (38)
  - 2 experts (15)
  - 3 experts (20)
  - Plus de 3 experts (3)

Dans ces expertises civiles, trois fois sur cinq, le rapport est considéré comme favorable au chirurgien.

- dans les expertises pénales le nombre le plus habituel des experts est de 3. Leurs rapports sont le plus souvent défavorables au chirurgien.

Il est d'ailleurs possible que la présence de trois experts ou bien celle d'un médecin légiste augmente le nombre des rapports défavorables, mais ceci n'a pas de support statistique valable.

Le plus souvent les experts choisis appartiennent à une spécialité qui correspond à l'affaire en cause. Mais,

- d'une part ce choix d'un expert " compétent " n'est pas systématique d'autre part il s'agit peut être trop souvent de spécialistes.trop enfermés dans

leur spécialité. Un expert exerçant dans les mêmes conditions que le chirurgien poursuivi et à tendance généraliste serait certainement souhaitable.

Les experts répondent aux questions des juges. La décision finale appartient à la justice mais il est indéniable que l'attitude des experts est déterminante.

Il y a donc intérêt à ce que la réponse des experts soit aussi précise que possible dans leur rapport afin que les décisions du magistrat n'aient pas tendance à être influencées par des notions subjectives.

Nous rapprocherons de ces expertises un procédé souvent utilisé : la contre-visite médicale du patient (45).

Cette contre-visite permet à la compagnie d'assurance de mieux cerner la réclamation du malade.
Le questionnaire rempli par le chirurgien ainsi que les renseignements complémentaires qu'il fournit sont parfois insuffisamment explicites. On peut alors d'emblée considérer la réclamation comme abusive et la compagnie signifie au revendicateur une fin de non recevoir.

Ailleurs, si le malade maintient sa réclamation ou menace d'engager une procédure judiciaire, si le préjudice apparait important ou si la responsabilité du chirurgien parait vouloir être retenue, les compagnies préfèrent prendre contact directement avec le malade, sans qu'il s'agisse d'une reconnaissance de responsabilité de leur part.

Pour cela elles le font contre-visiter par un médecin-conseil de la compagnie, voire par un expert. Ce médecin ou cet expert sont choisis par la compagnie en accord avec le chirurgien et le malade. Ils constatent les faits, fixent l'importance du préjudice et peuvent donner leur avis au sujet du partage des responsabilités.

Il est de l'intérêt des compagnies que de telles consultations soient le fait de médecins compétents dans la spécialité en cause et ayant une formation suffisante pour apprécier le préjudice et le dommage corporel.

SUITES ET CONSEQUENCES DES AFFAIRES CLASSEES

Nous allons d'abord donner les résultats globaux :

- affaires sans suite : 94
- désistement précoce du malade : 13
- désistement plus tardif : 14
- règlement amiable : 79
- procédure civile :
  - jugement déboutant le malade : 20
  - condamnation du chirurgien : 23
- procédure pénale
  - non-lieu du juge d'instruction : 16
  - tribunal correctionnel : 5
  - affaire en cours : 1
  - relaxe du chirurgien : 1
  - condamnation du chirurgien : 3

Les affaires sans suite (94)

Elles ne concernent pas que des incidents mineurs, puisque l'on retrouve un dommage mortel une fois sur trois. Mais 42 affaires correspondent à une déclaration par prudence du chirurgien et ne furent l'objet d'aucune réclamation de la part du malade. Quatre affaires sont demeurées au stade des simples " rumeurs "; vingt cinq étaient secondaires à une réclamation du malade, sans mandataire, cinq à une assignation, douze à une plainte.

Dans ces deux derniers cas, il s'agit certainement d'assignations sans décision du tribunal, ou de plaintes n'ayant sans doute pas dépassé le stade du Commissariat ou du Procureur de la République.

Une affaire ne peut être considérée comme définitivement sans suite que lorsque sont atteints les délais de prescription :

- 3 ans au pénal,
- 4 ans devant le tribunal administratif,
- 30 ans au civil.

Cette notion est fondamentale; elle impose une longue conservation des dossiers médicaux, surtout en pratique privée. Nous rappellerons que dans 23 affaires la réclamation fut notifiée plus de trois ans après le sinistre, mais les juges n'apprécient guère ces réclamations tardives surtout dans le domaine médical.

Désistement du malade (27)

Ce désistement peut être :

- Précoce : souvent après un échange de correspondance entre le malade et la compagnie d'assurance du chirurgien, qui refuse de considérer que la responsabilité de ce dernier se trouve engagée.

- Tardif : après dépôt par les experts de leur rapport.

Règlement amiable (79)

Le nombre élevé des règlements transactionnels soulignent le souci que les compagnies d'assurance ont d'éviter à leurs assurés les inconvénients d'une procédure judiciaire.

Un règlement amiable est parfois possible d'emblée (65). (Nous n'avons retrouvé que 11 échecs de transaction). Ailleurs il survient en cours de procédure (14), souvent après l'expertise judiciaire.

Habituellement le chirurgien n'intervient pas au cours de la transaction mais il en est tenu au courant et donne son accord.

Parfois, considérant qu'il n'a commis aucune faute, il donne pour consigne à sa compagnie de rejeter toute transaction, alors que cette compagnie s'appuyant sur l'expérience qu'elle a d'affaires semblables, était prête à transiger. Cette attitude ferme du chirurgien tourne souvent à son avantage.

A l'inverse certains chirurgiens dont la responsabilité pourrait être discutée, demandent à leur compagnie de transiger rapidement. Ces médecins sont souvent alors étonnés de l'importance des dommages et intérêts que l'assurance doit verser dans ces conditions.

Lorsque la victime est mineure, la transaction doit être approuvée par le juge des tutelles. Dans les autres cas le malade signe une quittance qui permet théoriquement de classer définitivement l'affaire.

En effet les compagnies d'assurance désireuses de classer définitivement leurs dossiers, exigent que ces quittances comportent la mention que le règlement est effectué pour toutes causes présentes ou à venir.

Mais la jurisprudence la plus récente admet que, si la transaction ne peut être rediscutée pour cause d'erreur portant sur la gravité des lésions subies par la victime, il n'en est pas de même lorsqu'au moment de l'accord il était médicalement impossible de prévoir l'évolution des dites lésions.

L'opinion la plus courante est donc de ne pas tenir compte des mentions figurant sur la quittance lorsque, ultérieurement, apparaissent des conséquences imprévisibles pour la victime lors de la signature de la convention.

Cependant, dans notre série, aucune des quittances signées ne fut remise en question ultérieurement.

Procédure civile (43)

On retrouve un nombre à peu près égal de condamnation du chirurgien et de débout de la partie adverse dans le cadre d'une procédure civile.

Jugement déboutant l'adversaire en 1ère instance (20)

Sur ces 20 jugements 15 fois le malade interjette en appel, mais une seule fois il obtiendra la condamnation du chirurgien. Cependant la Cour de cassation confirmera l'attitude des juges de 1ère instance (voir chirurgie infantile - occlusion néo-natale par atrésie du grêle page 130)

Condamnation du chirurgien (23)

Ces 23 condamnations concernent :

- 5 corps étrangers
- 3 utilisations du bistouri électrique dont 2 inflammations de produits alcoolisés et une mauvaise installation du circuit plaque.
- 2 paralysies périphériques des membres supérieurs en rapport avec une position défectueuse du malade sur la table d'opération.
- 1 erreur de transfusion et un arrêt cardiaque en salle d'opération (le chirurgien est responsable dans ce cas car l'anesthésiste n'était pas un médecin).
- 4 lésions nerveuses per-opératoires
- Section du nerf sciatique poplité externe au cours d'une crossectomie de la veine saphène externe.
- Section d'un nerf crural au cours de la cure d'une hernie inguinale.
- Deux lésions de la branche externe du nerf spinal au cours de la chirurgie latéro-cervicale.
- 1 amputation de cuisse chez un homme de 44 ans au décours d'un stripping de la veine saphène interne. Les juges relèvent une négligence dans la ligature de la crosse veineuse.

. 1 cystectomie presque totale au cours d'une appendicectomie chez une petite fille.

. 1 hystérectomie sans le consentement de la malade et dont l'indication était par ailleurs discutable

. 1 amputation mammaire avec curage axillaire pour une mastose kystique bénigne. La malade n'avait pas donné son consentement et aucun examen histologique extemporané n'avait été fait.

Dans un cas seulement les juges n'ont pas suivi l'avis des experts; leur rapport ne contenait aucun reproche à l'encontre du chirurgien.

Il s'agissait d'une lésion de la branche externe du nerf spinal. Les juges reprochent au chirurgien un défaut d'adresse engageant sa responsabilité contractuelle et de ne pas avoir pris toutes les précautions qui s'imposaient pour localiser le nerf.

Procédure pénale (21)

Non-lieu du juge d'instruction (16)

Dans ces affaires nous retrouvons 11 décès dont 1 arrêt cardiaque en salle d'opération avec seulement trois autopsies.

Le juge d'instruction prononce le non-lieu huit fois après une expertise pénale, huit fois sur les données du procès verbal de l'instruction.

Tribunal correctionnel (5)

Cinq chirurgiens durent subir l'épreuve du tribunal correctionnel.

Dans ces cinq affaires, quels que soient les circonstances et les motifs de la plainte, on est obligé de constater que le juge d'instruction était dans l'obligation de saisir le Tribunal correctionnel.

- Deux fois le délit était manifeste si on se rapporte à l'article 319 du Code pénal : " Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura commis involontairement un homicide ou en aura été involontairement la cause sera puni ..... "

- Trois fois ce sont les experts qui reconnaissent que le manquement du chirurgien présente le caractère d'une imprudence ou d'une négligence grave.

- Une fois le chirurgien fut relaxé.

Les trois affaires qui aboutirent à une condamnation du chirurgien concernent :

1) le décès d'un homme jeune d'hémorragie interne après cholécystectomie pour cholécystite aiguë. Les juges comme les experts reprochent l'absence d'examens pré-opératoires, l'absence d'un délai suffisant d'observation clinique, l'abandon de l'opéré dès la fin de l'intervention

2) Le décès d'un nouveau-né opéré pour une éventration diaphragmatique le rapport des experts est accablant pour le chirurgien. Les juges retiendront globalement une insuffisance de soins. (voir dossier page 129)

3) Le décès d'une jeune femme dix jours après une césarienne et en rapport avec une embolie pulmonaire de forme " médico-légale ". L'autorisation de sortie avait été donnée malgré une phlébo-thrombose manifeste d'un membre inférieur. C'est la seule affaire où l'on retrouve un jugement assorti d'une peine de prison (3 mois avec sursis) pour le chirurgien responsable. (voir dossier page 88)

Assez souvent le chirurgien n'est pas mis en cause seul par son malade.

Ainsi :

. 9 fois l'anesthésiste était également mis en cause;

. 32 fois l'établissement de soins

. 18 fois une autre personne (médecin traitant, radiologue, anatomo-pathologiste ...).

mais les condamnations " in solidum " de deux médecins sont assez rares (3)

REPARATION DU PREJUDICE ET DU DOMMAGE CORPOREL

97 affaires nécessitèrent le versement de dommages et intérêts au malade.

Il faut savoir que la charge supportée par la compagnie d'assurance est toujours supérieure à la valeur des dommages et intérêts alloués à la victime. Les intérêts des sommes allouées (d'autant plus élevées que les procédures sont toujours longues), les frais de procédure, les sommes réclamées par un tiers (employeur, organisme de couverture sociale) augmentent d'autant la charge des compagnies.

Nous avons réparti ces dommages et intérêts versés en cinq tranches :

- de 1 000 à 5 000 francs : 14
- de 5 000 à 10 000 francs : 13
- de 10 000 à 50 000 francs : 52
- de 50 000 à 100 000 francs : 8
- au-dessus de 100 000 francs : 10

Dans cette dernière tranche, nous retrouvons :

- Deux décès :
  - un arrêt cardiaque au cours d'un stripping (193 000 francs)
  - le décès d'un homme jeune après cholécystectomie (115 000 F)
- Deux amputations du membre inférieur au décours d'un stripping :
  (400 000 francs - 1971) (190 000 francs - 1965)
- Des séquelles neurologiques catastrophiques secondaires à un arrêt cardiaque sur table à l'occasion d'un stripping (250 000 francs 1964)
- Deux sections nerveuses
  - section d'un nerf cubital au cours d'un curage axillaire
    (100 000 francs - 1972)

- section d'un nerf crural au cours de la cure d'une hernie inguinale (130 000 francs - 1968)

. Deux lésions urinaires

- une cystectomie presque totale au cours d'une appendicectomie (200 000 francs - 1964)

- une ligature urétérale avec néphrectomie secondaire au cours d'une hystérectomie sub-totale (100 000 francs - 1971)

. Enfin une plaie oculaire chez un nouveau-né, lors d'une césarienne avec énucléation secondaire indispensable (100 000 francs - 1964)

LES POSSIBILITES DE DEMANDE RECONVENTIONNELLE

Un accusé qui est relaxé en justice ou qui obtient un débouté de son adversaire a toujours la possibilité de contre-attaquer secondairement.

Un médecin, un chirurgien peut estimer que le procès qu'un malade lui a intenté constitue un préjudice moral ou professionnel. Il est en droit d'en demander réparation en engageant à son tour une procédure judiciaire contre son malade. C'est ce qu'en terme juridique on appelle une demande reconventionnelle.

Dans les 333 affaires que nous avons étudiées, onze fois ce procédé fut soulevé par les chirurgiens.

Neuf fois il ne fut qu'envisagé car la compagnie d'assurance a conseillé au médecin de ne pas faire cette démarche en raison de ses risques.

- En effet, en matière médicale, pour qu'une demande reconventionnelle vis-à-vis du malade aboutisse il faut que celui-ci ait agi avec " une légèreté inexcusable et/ou une volonté de nuire ", c'est alors au chirurgien d'en apporter la preuve.

- Par ailleurs, les procès en responsabilité médicale peuvent réserver des surprises. Même avec une expertise favorable et un jugement déboutant le malade en 1ère instance, le chirurgien peut se voir condamner en appel; cet appel de la partie adverse peut être provoqué par la demande reconventionnell Dans ce genre d'affaire il vaut mieux " tenir que suivre ".

Ainsi trois demandes reconventionnelles furent effectivement engagées :

. une seule aboutira à la condamnation du malade pour procédure abusive; il devra verser le franc symbolique à son chirurgien.

. Mais dans un cas le chirurgien fut débouté de sa demande car le malade n'avait pas la volonté de nuire.

Dans un autre cas la demande reconventionnelle provoque un appel du malade et les deux parties préfèrent interrompre toute poursuite.

FAUTE, LIEN DE CAUSALITE ET PREJUDICE

Admettre l'existence d'un lien de causalité entre la faute et le préjudice conduit les magistrats à ordonner une réparation totale du préjudice.

Or ces notions de faute, de préjudice, de lien de causalité qui sont des notions courantes de droit civil vont devoir être utilisées dans le domaine de l'individuel, de l'aléatoire, du concret, du mouvant qui caractérise toujours la médecine actuelle.

1) La faute :

Les juges ont tendance à confondre la faute et l'erreur.

Les fautes se définissant comme la méconnaissance certaine des règles d'une science, d'un devoir, sont condamnables et doivent pouvoir être évitées.

L'erreur par contre est un jugement contraire à la vérité.

Cette distinction entre faute et erreur est certainement très schématique, mais elle doit conduire à distinguer ce qui est connu ou devrait l'être, de ce qui demeure inexpliqué ou hypothétique.

Il n'est actuellement qu'une alternative :

- admettre l'existence d'une faute, ce qui débouche sous condition de l'existence d'un lien de causalité, sur une réparation totale du préjudice;

- reconnaitre l'absence de faute, ce qui interdit tout dédommagement.

Il est peut être souhaitable que les résultats " anormaux" des interventions chirurgicales fassent l'objet d'une réclamation. Les chirurgiens acceptent de participer à cette réparation dans les limites et en fonction d'un comportement plus ou moins fautif de leur part. Mais il n'est pas logique que

ce soit eux qui supportent les frais d'une assurance tous risques médicaux ou la charge d'une responsabilité sans faute.

Si certaines fautes chirurgicales doivent conduire à une réparation totale du préjudice par le chirurgien, d'autres minimes ou discutables ne peuvent engager qu'en partie la responsabilité de l'opérateur.

2) Le lien de causalité :

De la même façon le lien de causalité soulève de nombreuses difficultés.

Il est indéniable qu'une faute peut très bien ne pas engendrer le préjudice dans sa totalité. Les magistrats ont parfaitement admis cette possibilité et ordonnent maintenant des réparations partielles du préjudice; c'est notamment le cas de la perte d'une chance de guérison ou de survie. Cette notion récente correspond en fait à une " causalité partielle ".

Mais toujours dans un souci de réparation plus large du préjudice de la part des juges, les médecins ne peuvent admettre qu'une faute prive toujours le malade d'une chance de guérison ou de survie. La Cour de cassation, à plusieurs reprises, s'est rangée à cet avis.

3) Le préjudice :

A l'opposé, l'évaluation du préjudice et du dommage corporel ne semble pas soulever de grosses discussions.

Ainsi donc le véritable problème est de savoir qui doit dédommager les conséquences anormales des complications, accidents ou incidents thérapeutiques.

Cette enquête bien que rétrospective permet d'envisager les moyens d'une prévention efficace en même temps qu'elle précise la conduite à tenir par le chirurgien en cas de revendication.

- Prévention des complications, accidents et incidents de la chirurgie viscérale.

- Conduite à tenir en cas de revendication.

Prévention

Il est évident que la survenue de complications, accidents ou incidents au cours de cette chirurgie ne peut être totalement supprimée mais ce qu'il faut viser à obtenir c'est de voir disparaitre les accidents évitables.

Les moyens d'une efficace prévention sont de plusieurs ordres, plus ou moins réalisables.

Si dans la survenue d'un accident opératoire on retient trois facteurs principaux :

- le terrain
- l'acte chirurgical
  - . erreur de diagnostic
  - . erreur de technique
  - . erreur de jugement
- l'anesthésie

on ne négligera pas pour autant l'erreur psychologique.

1) Du point de vue psychologique la mauvaise qualité des rapports humains entre le malade et son entourage d'une part, les médecins, le personnel infirmier, administratif et d'accueil d'autre part, nous semble être le principal responsable. Si l'évolution de la médecine moderne est, dans ce sens, déplorable, il nous parait indispensable d'y pallier.

- LES CHIRURGIENS CONNAISSENT SOUVENT TRÈS MAL LEURS MALADES. IL N'EST PAS QUESTION DE LEUR FAIRE SUBIR UN INTERROGATOIRE POLICIER, MAIS QUELQUES " FLÈCHES " AU COURS DE L'ENTRETIEN DEVRAIENT PERMETTRE DE MIEUX PERCEVOIR LEUR PERSONNALITÉ.

- L'INFORMATION DU MALADE SUR LA THÉRAPEUTIQUE NÉCESSAIRE ET AUSSI SUR LES CONDITIONS DES SUITES POST-OPÉRATOIRES EST SOUHAITABLE. EN CAS DE CHIRURGIE MUTILANTE LA PRÉSENCE D'UNE TIERCE PERSONNE, QUI POURRAIT ÊTRE L'ANESTHÉSISTE, NOUS SEMBLE UTILE. LE MÉDECIN TRAITANT, DÛMENT MIS AU COURANT, PEUT ÉGALEMENT INTERVENIR DANS CETTE INFORMATION. IL FAUT CEPENDANT NE PAS PROMETTRE CE QUE L'ON N'EST PAS SÛR DE POUVOIR TENIR ET CECI SURTOUT EN CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE.

- UN TEMPS DE RÉFLEXION, LORSQUE C'EST POSSIBLE, DOIT ÊTRE ACCORDÉ AU MALADE ENTRE LE MOMENT DE LA DÉCISION OPÉRATOIRE ET CELUI DE L'INTERVENTION.

- DES " CONSULTATIONS ANESTHÉSIQUES " PERMETTRAIENT À CES DERNIERS D'OUVRIR LE CONTRAT DANS DE BONNES CONDITIONS.

- DANS CERTAINS ÉTABLISSEMENTS DE SOINS, LE CHIRURGIEN NE PASSE PRATIQUEMENT PLUS VOIR SES MALADES EN POST-OPÉRATOIRE, DÉLÉGUANT TOUS SES POUVOIRS À DES RÉANIMATEURS. CETTE ATTITUDE EST CERTAINEMENT TRÈS CRITIQUABLE DU SEUL POINT DE VUE PSYCHOLOGIQUE.

- LE CHIRURGIEN DOIT REVOIR LES FAMILLES APRÈS L'INTERVENTION. LES FORMULES PEUVENT ÊTRE TRÈS NOMBREUSES MAIS CET ENTRETIEN AVEC L'ENTOURAGE DU MALADE DOIT ÊTRE ORGANISÉ ET NE PAS DEMEURER LIÉ AU HASARD DES " RENCONTRES DE COULOIR ".

- IL EST UN AUTRE TYPE DE RAPPORTS SUR LEQUEL NOUS VOUDRIONS ATTIRER L'ATTENTION : CELUI DES MÉDECINS ENTRE EUX. IL NE S'AGIT PAS TANT DES CAS OÙ UN MÉDECIN EST À L'ORIGINE D'UNE JUSTE RÉCLAMATION (ENCORE FAUT IL ÊTRE CERTAIN QUE LA REVENDICATION DU MALADE NE SERA PAS PLUS PERTURBANTE QUE LE PRÉJUDICE LUI-MÊME), MAIS DE CEUX - NOMBREUX - OÙ L'ATTITUDE PEU CONFRATERNELLE D'UN ASSOCIÉ, D'UN MÉDECIN TRAITANT, D'UN DEUXIÈME OPÉRATEUR EST UNE INCITATION INJUSTIFIÉE À LA REVENDICATION.

- si nous gardons à l'esprit qu'environ 10 % des malades qui revendiquent appartiennent " au milieu médical ", on peut se demander si l'un des responsables du nombre croissant de ces affaires n'est pas tout simplement le corps médical lui-même.

2) Le chirurgien doit pouvoir intervenir dans l'organisation intérieure de l'établissement dans lequel il opère.

En effet, la qualité de ses soins dépend en partie de celle des locaux, du matériel avec lequel il travaille.

Cette possibilité de contrôle du chirurgien est d'autant plus indispensable que sa responsabilité risque, très logiquement, d'être engagée si son " instrument de travail " n'est pas satisfaisant.

3) Dès lors pour le chirurgien il est souhaitable, voire indispensable :

- que l'étape "diagnostic" ne soit pas précipitée. Elle doit s'appuyer sur une étude soigneuse des antécédents, un examen clinique complet, des examens spécifiques pas nécessairement nombreux mais de bonne qualité, ces éléments devant être relevés sur le dossier médical.

- que l'organisation des tableaux opératoires fassent l'objet d'un plus grand soin et qu'ils ne soient pas surchargés. La présence d'une panseuse, d'un anesthésiste, nous parait indispensable. La prévision d'une transfusion sanguine doit se faire à ce moment là.

- que l'opérateur et l'anesthésiste s'assurent de la correcte installation du malade sur la table d'opération ainsi que de celle du bistouri électrique. A cet effet l'instruction du personnel de salle d'opération est nécessaire.

- que les produits contenant de l'alcool ou de l'éther ne soient plus utilisés pour désinfecter le champ opératoire.

- que l'aide, voire l'instrumentiste, ne soient pas des participants épisodiques.

- qu'en fin d'intervention l'équipe chirurgicale s'impose un temps de réflexion avant la fermeture du ventre :

  - la panseuse comptant les champs,
  - le chirurgien faisant un bilan des lésions (l'exploration de la cavité abdominale doit être faite de préférence au début de l'intervention. Elle devra être colligée dans le compte rendu opératoire).

- que les pièces d'exérèse soient photographiées le plus souvent possible puis confiées systématiquement aux anatomo-pathologistes. Il parait également souhaitable de les peser.

- qu'une fiche " post-opératoire " destinée au personnel infirmier soit établie avec l'anesthésiste.

- que les compte rendus opératoires soient l'objet d'un plus grand soin, excluant les formules consacrées. Depuis le 1er juillet 1972, la tenue des cahiers de protocole des cahiers opératoires doit obéir à certaines règles (B. O. juin 1971 page 213 et octobre 1971, page 326).

- que la surveillance post-opératoire soit chirurgicale et quotidienne, voire plus fréquente si besoin (ici se pose le problème délicat des chirurgiens très spécialisés qui se voient confier des malades relevant plus ou moins de leurs compétences).

Enfin il est souhaitable

- qu'avant le départ un dernier examen clinique soit pratiqué. L'autorisation de sortie ne pouvant être donnée en toute logique qu'à un malade apyrétique, ayant un transit normal, et dont la paroi est satisfaisante, il faut s'attacher à revoir tous les malades mais surtout ceux qui nécessitent la poursuite de soins à domicile. Nous avons remarqué que trop souvent les conditions de sortie des malades sont discutables et que les chirurgiens l'es

CONDUITE A TENIR EN CAS DE COMPLICATIONS, INCIDENTS OU ACCIDENTS

1) En l'absence de réclamation même simplement verbale, le chirurgien doit en principe faire une déclaration à sa compagnie.

Cette déclaration est habituellement faite lorsqu'il s'agit du décès anormal d'un sujet jeune. Mais certaines complications, certains accidents et incidents mériteraient cette démarche. C'est un des intérêts de cette analyse de mettre en lumière les accidents qui risquent d'engager la responsabilité du chirurgien.

Le seul but de cette déclaration est la constitution d'un dossier archivé; le chirurgien pourrait lui-même faire ce dossier mais il est des éléments importants qui peuvent ne pas être relevés et dont l'absence se fera lourdement sentir au moment de la défense. Il est donc préférable que ce dossier soit constitué avec la participation de la compagnie d'assurance.

2) En cas de réclamation écrite du malade ou de son mandataire, le chirurgien doit avant tout transmettre ce dossier à la compagnie qui lui fera connaître la meilleure attitude à adopter.

3) Dès réception d'une assignation, il doit prévenir sa compagnie d'assurance qui nommera un avocat (rien de s'oppose à ce que l'avocat soit saisi par le chirurgien mais les compagnies ont parfois des préférences - avocat au courant des problèmes de responsabilité médicale - et nous pensons préférable d'accepter le choix de la compagnie). Cet avocat va se constituer sur les données de l'assignation; le chirurgien répondra aux convocations. Toute demande de précision sur l'observation médicale doit être fournie à la compagnie dans les plus brefs délais. Une transaction amiable est toujours possible même en cours de procédure, mais à condition que le chirurgien s'astreigne à répondre très rapidement aux questions de sa compagnie.

4) Sur convocation du juge d'instruction l'attitude à adopter est la même. C'est

l'assurance qui décidera si le chirurgien doit se retrancher derrière le secret professionnel, ce qui risque de le faire inculper, ou s'il peut fournir quelques renseignements simples comme témoin.

5) Enfin, au moment de l'expertise, le chirurgien doit être obligatoirement présent. Il doit éviter tout affrontement, surtout parfaitement posséder son dossier et amener aux experts le maximum de documents médicaux dont il dispose. Habituellement il est soutenu au cours de cette épreuve par un médecin-conseil de la compagnie.

Il faut savoir que tout ce qui sera dit à l'expertise se retrouvera dans le rapport des experts.

Le médecin et le chirurgien doivent demeurer " devant leurs juges". Une évolution dans le sens d'une responsabilité tous risques médicaux telle que l'a proposé Tunc serait de ce fait peu souhaitable. Chaque procès concerne un médecin en particulier mais aussi la médecine dans son ensemble. Cette constante remise en question de la médecine par rapport aux aspirations de la société est certainement positive même si chaque cas particulier est un drame.

Il faut pour cela que les médecins, les experts, assurent cette responsabilité la prennent en charge au même titre que l'acte thérapeutique. Les magistrats ont signifié qu'ils n'entendent, devant la complexité scientifique, ni déléguer ni à plus forte raison se déposséder de leur pouvoir souverain d'appréciation. C'est donc aux médecins, aux experts, qu'il appartient l'obligation de trouver une solution.

Ils ont accepté de chiffrer, de codifier le pretium doloris, le préjudice esthétique, les incapacités permanentes... En matière de responsabilité c'est un peu commencer par la fin.

L'empirisme médical a accepté l'évaluation du préjudice et du dommage corporel; il lui faut maintenant moduler la faute, s'attacher à fixer les limites du lien de causalité.

BIBLIOGRAPHIE

CURTIS - ARTZ

. Complications in Surgery and their Management
Saunders Company

DEROBERT L

. La responsabilité du médecin expert
Annales de médecine légale - 1966, 46, p. 75-97

DEROBERT L.

. Réflexions sur la responsabilité du médecin
Tunisie médicale - 1973, 51-2, p. 117, 125

DOLL J-P.

. La responsabilité médicale en matière d'injection de sérum antitétanique au travers de la jurisprudence
Médecine légale et dommage corporel
1972, 6 - p. 139-146

DOLL J. P.

. Les récentes applications jurisprudentielles de l'obligation pour le médecin de renseigner le malade et de recueillir son consentement éclairé.
Médecine légale et dommage corporel
Tome 6 - No 1 - 1973, p. 40

FROGE E.

. Anesthésie et responsabilité
1 vol. 168 p. - Paris, 1972 - Masson & Cie

GOSSET J-R.

. Morale et responsabilité de chirurgien
Médecine légale et dommage corporel
1969, 1 - 107-119

GOSSET J-R.

. Le chirurgien face à ses responsabilités
Annales de chirurgie. Janvier 1974, C 1-6

GUILLET R.

. Responsabilité médicale dans les accidents thérapeutique. Le point de vue du chirurgien
33ème congrès de médecine légale - Rennes 1971

HAMBURGER. J.

. La puissance et la fragilité
Paris 1972. Flammarion éditeur

HUSSON R.

. Le risque anesthésique
Anesthésiqlogie, Mai 1974, 5, p. 379-406

ILLES J.

. Le problème du consentement à l'intervention chirurgicale en cancérologie
Annales de médecine légale, 1967.

KORNPROBST L.

. Les orientations prises depuis trente ans par la jurisprudence en matière de responsabilités médicales
Nouvelle Presse médicale - 1973, 2, 1811-1814

LAHVABI H.

. De la responsabilité du chirurgien et de la notion de l'équipe médico-chirurgicale
Journal médical du Maroc
1974, 10. 2 - p. 61,63

MELENNEC L.

. La responsabilité médicale doit être fondée sur la notion de risque
Cahiers de chirurgie - octobre 1972.

PIMOULLE D.

. Le lien de causalité en matière de responsabilité médicale
Mémoire de droit civil - Université de Dijon

POUGET J-C.

. Le préjudice corporel sans atteinte directe
Bulletin des médecins-conseils de sociétés d'assurances
T. 8, 1972, 2 - p. 131-138

SAVATIER R.

. Rapport au deuxième congrès international de morale médicale
Bulletin de l'A. G. M. F. - Mai 1972

TURLAN J.

. Des conséquences pécuniaires du refus par la victime

de se soumettre à une opération chirurgicale
améliorante après consolidation des blessures
Bulletin des médecins-conseils de sociétés d'assurances
T. 8, 1972 - 2 - p. 148-152

Enquête sur le thème de la responsabilité médicale
Vie médicale 1973 - 54 - 26 - p. 3153, 3178.

Le médecin face aux risques et à la responsabilité
Fayard, 1968.

La responsabilité du chirurgien
Médecine de France, 1972

Vu le Président de Thèse

Monsieur le Professeur M.P. ABOULKER

Vu, le Doyen de la Faculté de Médecine

Lariboisière - Saint Louis

Monsieur le Professeur BERNIER

Vu, et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET